

CA1
HW722
- 1993
A13

No. 13


AGING and NACA



THE NACA POSITION

**ON
CANADA'S OLDEST SENIORS:
MAINTAINING THE QUALITY OF THEIR
LIVES**

THE NATIONAL ADVISORY COUNCIL ON AGING
Canada



Digitized by the Internet Archive
in 2022 with funding from
University of Toronto

<https://archive.org/details/31761115571127>

**THE NACA POSITION ON
CANADA'S OLDEST SENIORS:
MAINTAINING THE QUALITY OF THEIR LIVES**

**This position was unanimously adopted by
NACA members at the 34th Council meeting,
September 29, 1992**

National Advisory Council on Aging

Information on this report may be obtained from:

National Advisory Council on Aging
OTTAWA, Ontario
K1A 0K9
Tel.: (613) 957-1968
Fax.: (613) 957-9938

Blossom T. Wigdor, CM, PhD
Chairperson

Susan Fletcher
Executive Director

THE NACA POSITION ON is a series of policy papers presenting NACA's opinions and recommendations on the needs and concerns of seniors and issues related to the aging of the population.



© Minister of Supply and Services Canada 1993
Cat. No.: H71-2/4-1993
ISBN: 0-662-59443-6

WHAT IS THE NATIONAL ADVISORY COUNCIL ON AGING?

The National Advisory Council on Aging (NACA) was created by Order-in-Council on May 1, 1980 to assist and advise the Minister of National Health and Welfare on issues related to the aging of the Canadian population and the quality of life of seniors. NACA reviews the needs and problems of seniors and recommends remedial action, liaises with other groups interested in aging, encourages public discussion and publishes and disseminates information on aging. In carrying out its responsibilities, NACA also works closely with the Minister of State for Seniors.

The Council has a maximum of 18 members from all parts of Canada. Members are appointed by Order-in-Council for two- or three-year terms and are selected for their expertise and interest in aging. They bring to Council a variety of experiences, concerns and aptitudes.

MEMBERS OF THE NATIONAL ADVISORY COUNCIL ON AGING

(as of September 29, 1992)

Chairperson

Blossom T. Wigdor

Toronto, Ontario

Members

Frank Appleby

Athabasca, Alberta

Maurice Bérubé

Rimouski, Quebec

Julia Best

Southern Harbour, Newfoundland

Andrea Boswell

Scarborough, Ontario

Ruth Carver

London, Ontario

Jeanne Chartier

St-Hyacinthe, Quebec

Evan Dickson

Fergus, Ontario

Donna Ford

Williams Lake, British Columbia

Louise Francoeur

Saint-Bruno, Quebec

Barbara Gregan

Fredericton, New Brunswick

Marguerite Hogue-Charlebois

Montreal, Quebec

John MacDonell

Antigonish, Nova Scotia

Wilma Mollard

Saskatoon, Saskatchewan

Abe Okpik

Iqaluit, Northwest Territories

Noëlla Porter

Sainte-Foy, Quebec

Médard Soucy

Baie-Comeau, Quebec

NACA BELIEFS

NACA believes that:

- Canada must guarantee the same rights and privileges to all its citizens, regardless of their age.
- Seniors have the right to be autonomous while benefitting from interdependence and to make their own decisions even if it means "living at risk".
- Seniors must be involved in the development of policies and programs and these policies and programs must take into account their individuality and cultural diversity.
- Seniors must be assured of adequate income protection, universal access to health care, and the availability of a range of programs and services in all regions of Canada that support their autonomy.

NACA'S POSITION IN BRIEF

The growth in the percentage of older seniors (80+) within the senior population is one of the most striking socio-demographic developments in recent years. The presence of these "survivors", the majority of whom are women, presents a special challenge to Canadian society to assure that the quality of their last years can be maintained as much as possible. Little is known, however, about older seniors, the changes that occur in their lives, their strengths, their concerns and wishes and their particular needs. In this position paper, NACA focuses on the issues that have the greatest impact on the quality of the lives of older seniors and makes specific recommendations for each one.

In short, **NACA recommends that:**

1. With regard to income,

The remaining poverty among oldest seniors be eliminated so that all have incomes above the low-income cut-off level.

2. With regard to wellness,

The older senior population be included as an appropriate target group in wellness activities and that the usefulness of these activities for the 80+ be demonstrated, both to older seniors and to health and social service professionals.

3. With regard to physical health,

Regional geriatric assessment and treatment units be developed; health care services provided to older seniors be monitored to ensure that they really contribute to their quality of life; health professionals be informed about problems related to medication use among the 80+ and that older seniors and their caregivers be encouraged to learn about the medications consumed by seniors, to question health care professionals on their use and to report side effects; health care professionals be trained to assess incontinence and to counsel patients about its treatment and management.

4. With regard to mental health,

Health care professionals be trained to deal with older seniors' mental health problems, in particular depression; community resources be developed to support the families of persons with dementia; care facilities make the necessary adaptations to respond to the special needs of these individuals.

5. With regard to residential situations,

Low-cost supportive housing options that are adapted to the needs of the 80+ be developed; communities maintain lists of reputable persons to do home maintenance; appropriate counselling be offered to help older seniors evaluate the financial options to draw income from their homes; home support services be developed that are integrated with institutional and other community services through a single entry point, and include palliative care for seniors who wish to die at home; individualized client assessments be used in designing care and service plans in long-term care facilities; environmental conditions, staffing levels and training of personnel in long-term care facilities respond to the needs of their clients; couples be permitted to continue living together or in close proximity in facilities, as appropriate, even if only one requires admission; community institutions facilitate the access of residents of long-term care facilities to their services or activities; services in long-term care facilities respect the values and traditions and assure communication with residents who are members of native or ethnic communities.

6. With regard to transportation and mobility,

Design changes be made to roadways, intersections and highway signs, and proper maintenance of sidewalks and bus-stops be ensured to improve the safety of older seniors; public transportation systems and adapted transportation systems for disabled seniors be made more widely available, particularly in small towns and rural areas; driver refresher courses be widely available to the 80+ who wish to continue driving with periodical testing of their visual acuity and their reaction time in complex situations.

7. With regard to interpersonal relations,

Older seniors who are caregivers to their spouses be supported by community services; the recently widowed 80+, in particular widowers, be offered counselling and practical support; formal services providers recognize the limits in the capacities of children, other relatives and friends as informal caregivers and that some older seniors do not have reliable sources of informal support; assumptions about norms of family support in native and ethnic communities do not limit the provision of adequate and culturally sensitive care and support services.

8. With regard to ethical issues,

The rights of older seniors to live "at risk" be respected; forms of abuse involving older seniors be recognized and methods developed to deal with it; public debate be encouraged to clarify standards concerning ethical issues and necessary mechanisms be put in place to implement the resulting decisions.

THE NACA POSITION ON CANADA'S OLDEST SENIORS: MAINTAINING THE QUALITY OF THEIR LIVES

INTRODUCTION

A certain aura surrounds the oldest members of Canadian society. They are the "survivors", defined here as those 80 and over, who have been able to maintain a relative degree of autonomy and quality of life despite their venerable age. Queries are often made about the secrets of their endurance, of their successful aging. Answers vary from special diets to exercise routines, forms of mental hygiene or basic health habits. Yet little is known about the lives of the very old today, how they are changing and what they are likely to be tomorrow.^{1**}

Lack of knowledge and understanding has led to many misconceptions about older seniors. Age stereotypes abound, perhaps because the physical aspects of their aging are often more striking than among younger seniors. Although individual differences are often glossed over, we know that this sub-group of older seniors is not homogeneous, nor is it static. In many ways, it is more diverse than any younger age group because its members have had so many years to become distinctively "what they are". This diversity will surely grow in the future.²

The simple fact that older seniors, as we define them, were all born before 1913, means that they have lived through certain historical periods and events that influenced them to varying degrees. They experienced social and cultural revolutions, times of great economic prosperity as well as serious adversity, wars, extraordinary technological developments, and so on. Older seniors have an experience of life that may have resulted for some in an enviable level of wisdom and a philosophical perspective on life. Others may have simply been victims of life's experiences or passive observers who remained at the surface of events.

There are some conditions that are more prevalent in this age group than in other groups. This is the age group where losses are often experienced most intensely: loss of autonomy due to physical or cognitive disability; loss of friends and older relatives, some of whom may have been primary or secondary caregivers to the older senior; and, for many, loss of familiar surroundings. With advancing years, these losses accumulate and may become increasingly onerous.

Income is a problem for some. Most older seniors have been out of the labour market for at least 15 years. They must depend on savings and investment, on private pensions, on the generosity of family members or on a transfer of public funds. The rising cost of living makes older seniors who live alone in

**** All notes are presented at the end of the text.**

unsubsidized housing, the great majority of whom are women, particularly fearful about their future financial security since housing represents a large proportion of their budget.³

Older seniors are also more likely to be increasingly vulnerable and dependent on others, whether family members, friends, community organizations or public services. Many may require substantial care and special assistance to support them in the community. Others may need to enter a long-term care facility.⁴

Transportation can be a particularly difficult problem for older seniors. Those who drove automobiles earlier in life are often not able to continue because of declining health. Many older seniors are dependent on public transportation, taxis or the willingness of others to help them get to needed resources and to visit with friends. Some find the costs excessive for their limited budgets. The situation of older seniors in rural areas is particularly difficult because public transportation is often not available outside of cities. Canada's ever-changing climatic conditions may make it extremely difficult for older seniors to leave their homes in the winter. Others never go out after dark because of visual deterioration or fear for their safety.⁵

After a brief portrait of the older senior, this paper will focus on the issues that NACA sees as having the greatest impact on older seniors. These are the elements that contribute in a very basic way to the quality of their lives. They include economic security, wellness, physical and mental health, living arrangements, transportation and mobility, interpersonal relations and ethical considerations. Most sections will be introduced by quotes from older seniors interviewed in an informal consultation carried out by Council members. These quotes illustrate the wide diversity between individuals.

1. PORTRAIT OF THE OLDER SENIOR

In many ways, older seniors are virtual trail-blazers. Never before in the history of humanity has such a large proportion of individuals, overwhelmingly female, survived to such advanced ages.

Certain socio-demographic factors have been found to favour longevity. These include having ancestors who were particularly long-lived, being a first born in a family, attaining a higher than average educational level and occupational category, having a smaller than average number of children and having an intact marriage that provides emotional and practical support.⁶

Other studies have found that the long-lived tend to have strong personalities and a higher than average IQ, to be optimistic, to have a sense of

humour, to be involved in meaningful activities and to cope intelligently with life's problems.⁷

In 1991, there were 3,700 centenarians in Canada. Their numbers are forecast to surpass 7,400 by 2011 making them the fastest growing age group in the country. Centenarians together with those 80-99 represented about 2% of the total population of Canada and about 21% of the population 65+ in 1991. The rate of increase of the population 80+ was over four times that of the general population between 1975 and 1986, while the growth of the population 65+ was about three times that of the total population. According to Statistics Canada's middle-range projections, in 2011, the 80+ will represent over 4% of the total population of Canada and over 28% of the population 65 or over.⁸

The decrease in mortality rates is an important factor in explaining the increase in the numbers of the very old, especially in the past two decades. In 1986, the life expectancy for people celebrating their 75th birthday was 9 years for men and 12 years for women.⁹

The "feminization" of old age is striking. In 1991, there were 169 women for every 100 men aged 80-84, 209 women per 100 men in the 85-89 age group and 274 women for every 100 men aged 90 or over.¹⁰

2. ECONOMIC ISSUES

I have it a lot better than when I was young, thanks to my government pension. You know, then I was never sure how much money was coming in each month. (85-year-old married man)

I don't have much since I have been in the home. Only \$90 a month to get by on is not enough. (86-year-old widow in a nursing home)

My income is adequate for my basic needs. But that is because I don't go out in the evening or eat in restaurants because of my health problems. I can still buy books and go to some movies. (80-year-old single woman)

Among the conditions necessary to maintain one's quality of life at any age, economic security is certainly one of the most basic, since it is a prerequisite for access to many other resources and to a sense of security. In fact, in 1991, fully one-quarter of community-dwelling seniors 80+ said they feared that their income and investments would not continue to meet their future needs.¹¹ This fear is all the more noteworthy since this is a cohort of seniors who have, for the most part, been used to living frugally and "making do" under conditions that were sometimes quite precarious or uncertain.

Although the economic situation of seniors in general has improved in the recent past, the income of older seniors remains lower than that of their younger counterparts. In 1990, the median income of seniors 65 to 69 was \$14,432, whereas it was only \$12,248 for those 75+. This puts older seniors very close to or beneath the low-income cut-off levels as determined by Statistics Canada, which vary between \$10,000 and \$14,000 for unattached persons, depending on the size of the community in which they reside.¹²

Income levels among older seniors vary mainly according to gender and residential situation (living alone or with others). On both these counts, older women are at a disadvantage. The median income of women 75+ in 1990 was \$11,717, whereas that of men 75+ was \$13,598.¹³ Half of all women are widowed or divorced at 65 compared to 58% of men who are still married at 80. Since the majority of older seniors are unmarried females living alone, their limited income is even more stretched because they cannot economize by sharing any of the fixed costs of daily life (rent, food, etc.). According to the National Council of Welfare, 50% of unattached women 75+ living alone or with non-relatives have incomes below the low-income cut-offs.¹⁴

Most of the income of older seniors comes from government transfers. In 1990, these transfers represented the main source of income for 55% of men and 68% of women 80+ living in the community. The proportion of individuals dependent on these transfers is greater among older groups. In 1990, for example, 70% of those 90+, received a partial GIS (Guaranteed Income Supplement), meaning that their income, excluding OAS (Old Age Security), was less than \$10,123 a year. At the same time, about 25% of seniors 90+ were receiving full GIS benefits, meaning that their only source of income was OAS. However, the combination of these two benefits (OAS and GIS) was not sufficient to bring an individual above the low-income cut-off level.¹⁵

Many older seniors receive minimal or no benefits from either public or private pensions. In 1992, the average C/QPP (Canada/Quebec Pension Plan) benefit paid to male pensioners aged 85+ was about \$185 while that of women of the same age was only \$128. This is due to the fact that many seniors retired before C/QPP began paying out benefits in 1967, or contributed to the plans for a very short time and at less than the average wage. Many of today's older seniors also worked at a time when private pensions were not widely available and almost never indexed. Very few had provisions for a surviving spouse. Private retirement pensions are the main source of income for only 20% of the men and 8% of the women in the 80+ age group.¹⁶

NACA recommends that:

The remaining poverty among oldest seniors be eliminated so that all have incomes above the low-income cut-off level.

3. WELLNESS

It is very peculiar being over 100 ... and fun. I'm a rare breed, a museum piece. They bring people in to look at me. I would say that I have had a very good life. There have been bad times but I am happy now, although my health is slowly deteriorating. Last night, I went to hear my grand-daughter and her husband in a Gilbert and Sullivan musical. I was an actress and singer when I was young. They must get it from me....

(101-year-old widow living in a long-term care facility)

You shouldn't be congratulated for living too long. It's a question of endurance.... Nothing works properly in my body, from teeth to toes.... Old age is a form of punishment. The more you go on, the more you endure. I hate every minute of it.

(87-year-old single woman living in a long-term care facility)

I was born blind and have been living here for 40 years. Last year, I married a fellow resident who has cerebral palsy. I am happier than I have ever been in my life because I am so much in love. Life is good to me now. (80-year-old woman living in a long-term care facility)

Wellness is second in the constellation of issues affecting the quality of life of older seniors. The meaning of wellness goes far beyond the traditional medical definition of health as an absence of illness by adopting a global or "holistic" perspective of well-being. Being "well" is related to a "healthy lifestyle" encompassing the physical, mental, spiritual and emotional dimensions of life. The relative importance of these dimensions can vary widely between individuals and at different phases of their lifespan. As individuals move toward the end of their lives, many seem to work toward reaching a personal equilibrium between these dimensions that allow them to achieve a sense of integration. As E. Erikson put it, "It is through this last stage that the life cycle weaves back on itself in its entirety ... bringing into balance feelings of integrity and despair involving a review of and a coming to terms with the life one has lived."¹⁷

There is no one model of wellness. Individuals will necessarily draw on their cultural background, their past experiences and their personal preferences in making lifestyle decisions. They will be limited or supported in their choices by the concrete circumstances of their lives in finding their own way of being "well".

Some older seniors, for example, despite very serious physical limitations, achieve a remarkable quality of life by developing other dimensions of their lives. The "feisty" or "crusty" senior who verbalizes complaints and frustrations, may be using a self-assertive strategy that is quite effective, for that individual, in coping with life's challenges. For other older seniors, developing a serene and positive philosophy of life while remaining optimistic is the preferred strategy. Religion or the spiritual dimension of life may be of great importance to some seniors in later life, while others may turn more toward humanitarian or artistic endeavours.¹⁸

Recognizing these individual "styles" and personal preferences, it is important that older seniors be offered the means to participate in activities promoting holistic wellness. These activities could include writing one's memoirs or other forms of reminiscence, promoting self-awareness and self-esteem, enhancing learning or memory, cultural and spiritual enrichment, learning techniques of stress-reduction or relaxation, improving nutrition and lifestyle and increasing physical activity.¹⁹

Although the importance of maintaining "wellness" is recognized with regard to younger seniors, its importance for those 80+ is sometimes overlooked. Health promotion and disease prevention measures have not been used widely enough with this age group and have not been adapted to their preferences and abilities. This remains true despite the fact that many of these measures have been shown to be beneficial for even the oldest members of the senior population. Many of the negative changes associated with advancing age are far more preventable and reversible than was previously thought. Barring some pathological condition, and providing regular exercise and use, physical and mental faculties can remain strong into very old age and work far better than was previously thought.²⁰

NACA recommends that:

Activities intended to promote wellness within the general adult population include older seniors as an appropriate target group, taking into consideration the life situations, personal preferences and cultural backgrounds of the members of this age group.

Older seniors be provided with information on the usefulness of wellness activities for persons of their age and encouraged to participate in these activities.

Educational programs and ongoing training of health and social service professionals include the results of research on the effectiveness of promoting physical and mental lifestyle changes for older seniors.

4. PHYSICAL HEALTH

I cannot do as much as before. I find my lack of energy particularly frustrating. Actually, my health is better than it was three or four years ago when I had a bleeding ulcer. Now, that's under control. I discovered I had diabetes and that was brought under control as well with exercise and weight loss. I'm feeling very good, except for some minor back discomfort. I really have no worries for the future.

(81-year-old widow living alone in her own home)

My health is failing but I am not obsessed by it. I had a rather severe heart attack that scared me a few years ago and I cannot play golf as well as I would like because of my eyesight and general "tiredness". I am also frustrated by the fact that my health problems have also curtailed my sexual activities.

(82-year-old widower living in an apartment)

Seniors frequently say that good physical health is a key to their quality of life and many express a fear of declining health as they grow older. Although not all of the very old are frail, the likelihood of chronic physical problems, disabilities, and certain forms of acute illness does grow with increasing years. Research suggests that the average person 85+ has three major chronic health problems for which he or she will eventually need health care services. These include cardiovascular diseases, diabetes, arthritis and chronic rheumatism, high blood pressure, respiratory diseases, and osteoporosis. Although mortality rates due to many chronic problems have dropped off in the past 40 years, there are more people than in the past with milder forms of disease who are living for longer periods with various disabilities and functional limitations.²¹

Sensory and mobility problems are very prevalent among older seniors. Statistics Canada's 1986 Health and Activity Limitation Survey (HALS) showed that 83% of seniors 75 to 84 and 89% of those 85+ report disabilities with regard to mobility and agility. Hearing disabilities were reported by 47% of those 75-84 and 65% of those 85+. According to the 1991 HALS, 25% of seniors 85+ characterized their level of disability as moderate, whereas 64% found it to be severe.²²

Older seniors also tend to have many episodes of acute illness that may lead to chronic problems or disabilities. Among some of the most common are pulmonary and urinary infections, strokes and blood clots, heart disease, tumours, fractures and diseases of the digestive system.²³

4.1 Geriatric Assessment and the Use of Acute Services

Doctors don't seem to want to be bothered with us oldsters and it's annoying. The standard answer is: "Well you're nearly 90, what do you expect?"

(89-year-old widower living in a seniors' apartment complex)

I was in good health after my retirement, but two strokes sent me here. A bout with shingles four years ago incapacitated me even more. I also have some problems of constipation and urinary incontinence. My false teeth also need constant adjustment so that I can continue to eat proper food.

(87-year-old single woman living in a nursing home)

Older seniors frequently have several concurrent health problems in addition to the social and psychological factors related to extreme old age which may complicate their situations. Rapidity in responding to their needs is often crucial in determining the outcome of interventions. Providing an adequate response to the multidimensional "bio-psycho-social" needs of older seniors requires a variety of geriatric services. Timely intervention often starts with interdisciplinary teams of health and social service professionals who do thorough assessments which include medical and non-medical factors, recommend treatment and orient seniors to appropriate services. Other geriatric services may include day or extramural hospitals, active geriatric units (short and medium stay), rehabilitation units, outpatient consultation services, and a variety of other outpatient services, including post-hospitalization support programs.²⁴

The utilization levels of health care services, as measured by visits to physicians and frequency and duration of hospitalization, rise very rapidly among the oldest seniors. In provinces where efforts have been made to reduce the use of hospital services, these efforts have been the least effective among the 85+ where utilization levels have continued to rise. The very heavy use of hospital services, however, occurs in the last year of life. Research indicates that 20% of all the hospital days used by the elderly were used by those who died during the year. The length of the hospital stay of those who are dying was likely to be 18 or more days. Forty percent of the seniors considered "high users" of hospital care in a given year died, either in that same year or during the following year.²⁵ Little attention has been paid, however, to the issue of whether or not this use of services has led to real improvements in health status or in the quality of life of older seniors.²⁶

NACA recommends that:

Geriatric assessment and treatment units or their equivalent, staffed by interdisciplinary teams, be provided in every region to act as a resource to the primary-care physician or family physician so that the complex and multiple health problems of older seniors can be addressed adequately.

Health care services provided to older seniors be closely monitored to ensure that they are really most appropriate to improving their health status and quality of life.

4.2 Medication

Being 81 is not so great physically. I can't walk more than two blocks because of acute vascular problems in my legs. I had breast cancer, cataracts and vein blockage repair. I can't hear verbal exchanges on TV. I suffer from sciatica as well. I take pills for cancer, aspirin for vein blockage, anti-inflammatories and tylenol. I smoke and drink moderately."

(81-year-old single woman living alone in an apartment)

My health has never been very good. I was a premature baby and was always very thin and fragile. I have both glaucoma and cataracts. I also have very severe facial nerve pain. I take eight prescribed pills each day.

(91-year-old widower living alone in his own home)

Seniors generally are prescribed and use more medications than younger persons. Community surveys vary in the estimated number of prescription and over-the-counter medications the average senior takes, ranging from one to over eight per day. Older seniors may suffer the undesirable effects of medications for several reasons: they tend to take a larger number of medications over a longer period of time; their bodies use medications differently because of their age and this is often not reflected in recommended dosage levels and in the prescribing practices of physicians; and their level of compliance is often lower due to a lack of information, a fear of questioning physicians or pharmacists, or functional disabilities.²⁷

Taking several medications simultaneously increases the risk of unwanted interactions, in addition to other problems ranging in severity from dry mouths and sleepiness to dizziness, anemia, gastric haemorrhaging or severe cognitive problems.²⁸

The excessive and inappropriate use of psychotropic medications, such as tranquillizers or sleeping pills, in the senior population, is considered by many to be the single most treatable condition of old age. The misuse of this kind of medication, which is especially prevalent in long-term care facilities, has been cited as a factor accelerating the decline in residents' autonomy.²⁹

The very old are particularly at risk of non-compliance. They sometimes do not understand why they are taking medication and what its effect will be. They hesitate to question health care professionals. They are also particularly prone to errors in self-medication when medications of different colours, sizes and forms are prescribed simultaneously and when the scheduling of dosages is particularly complicated or inconvenient. Those who have arthritic fingers, whose hands tremble, or whose eyesight is very poor may also find it impossible to open the containers in which their medication is stored, to read the labels or to correctly use medications such as eye-drops. Problems of memory loss may also complicate matters. Research indicates that between 30 and 60% of seniors do not comply with their physician's prescription in using their medications.³⁰

NACA recommends that:

Physicians be educated about proper prescribing practices for the very old including alternatives to medication use.

Health professionals be given information in their initial training or through continuing education programs on the problems of non-compliance of older seniors and the means to overcome them through information, assistance or monitoring.

Older seniors and their caregivers be encouraged to learn about the medications consumed by seniors and to take an active role by questioning health care professionals and reporting side effects.

Medication dosage levels appropriate to older seniors be determined by thorough testing.

Compliance problems due to the labelling or packaging of medications be clearly identified and addressed.

4.3 Incontinence

I began having some problems holding my urine a few years ago. It's gotten worse recently. In the morning I have to rush to get up after I wake up, otherwise I wet my bed. I'm afraid of falling when I move too fast. When my husband was alive he had the same problem.

When we would go out I tried to make sure we were sitting near the washroom so that he could get to it quickly. It was really difficult and we ended up not going out much.

(87-year-old widow living alone in her apartment)

Incontinence is one of the most psychologically disturbing health problems among older seniors. It can seriously limit mobility and lead to social isolation and depression due to embarrassment and shame. The prevalence of incontinence rises sharply with age. It has been estimated that it is a problem for 5 to 15% of seniors in the community and for 40% of hospitalized patients.³¹

Along with dementia, incontinence is one of the major causes of admission into nursing homes. It is cited as a major difficulty for informal caregivers. Estimates indicate that approximately 75% of all residents of long-term care facilities are incontinent to some degree, whereas about half are assessed as being totally incontinent.³²

Research indicates that many community-dwelling seniors who are incontinent have not consulted a doctor about their problem. When incontinence is brought up with a health care professional, the problem is not always assessed and investigated properly and adequate counselling is not always provided on treatment and management.³³

Older seniors who are incontinent or their caregivers may adopt the use of absorbent materials prematurely, assuming that incontinence is a normal part of aging. In institutions, the use of indwelling catheters to cope with incontinence can lead to urinary tract infections, bladder atrophy or sphincter damage. Incontinence has been shown in 45% of cases to lead to increased skin infection and to pressure sores among the bed-ridden. Yet 80% of incontinence is estimated to be treatable and management techniques can help with the other 20% of cases. Behavioural management techniques include scheduled toileting and periodic reminders. Coping strategies like making toilet facilities more accessible and clothing more easily opened or removed have also been found to be effective.³⁴

NACA recommends that:

Physicians and other health care professionals receive adequate training to identify and assess problems of bowel and/or bladder incontinence and to provide older seniors and their caregivers with information and counselling about the treatment and management of incontinence, including exercises, environmental adaptations and behavioural management.

5. MENTAL HEALTH

Mental health is a primary factor in the quality of life of older seniors. It is directly related to the individual's capacity to remain autonomous in the community. It reflects the ability to cope with life's challenges and to attain a level of self-fulfilment and life satisfaction.³⁵ Two of the most common and debilitating mental health problems among older seniors are depression and Alzheimer's disease and related dementias.

I guess the biggest advantage to being 94 is having lived during the most exciting time in history. I know so much and my brain functions well. That lets me argue with my grandchildren who are university graduates. Sometimes they think they have all the answers and I can say from experience: "It sounds good but it doesn't work that way."

(94-year-old widower living in a seniors' residence)

Being 81 is mentally fine, physically not so great. I don't see people I don't wish to see. I don't have to go to parties I dislike, I don't have to use nail polish. I don't have to get dressed-up unless I want to. I can be vocal. You mellow, you know. Very few things upset me now. I don't get stressed often. I have disengaged from acquaintances and just concentrate on a few friends.

(81-year-old single woman living alone)

5.1 Depression

When my wife died four years ago, I thought that there was no more reason for me to go on living. Things really looked black to me. My children and my brother and sister-in-law tried to help but I just didn't feel anything anymore. I lost a lot of weight and slept all the time. My doctor gave me some medicine and, little by little, I began to take interest in life again.

(92-year-old widower living in his own apartment)

Although estimates vary, approximately 13% of community-dwelling seniors 85+ and 30-40% of seniors living in institutions have some degree of depression, making it one of the most prevalent psychiatric disorders in the elderly. Widely varying degrees of depression are found among older seniors, ranging from transitory depressive symptoms related to difficult life experiences such as widowhood, serious illness or the obligation to move into a long-term care facility, to critical states of major depressive disorders in which the individual's self-esteem is severely deteriorated.³⁶

Depression is often underdiagnosed and undertreated. It is particularly difficult to diagnose among older seniors because it is "masked" by other problems such as insomnia, extreme fatigue, loss of libido, alcoholism and loss of appetite. When very elderly patients complain of various "non-specific" problems that do not seem to have a physical basis, physicians may exclude depression as a possible problem, in particular if they are unaware of its prevalence or consider its manifestations to be a normal part of aging. Older seniors often do not wish to admit to being depressed but prefer to talk about being anxious or nervous, having some physical problem or having difficulty remembering things or concentrating. Since physical illness may also often be an antecedent to depression among older seniors, physicians often focus on physical symptoms and neglect the depression. Depression, therefore, is often confused with dementia, anxiety neurosis, some other physical disorder or even normal age changes. The erroneous conclusion that an older senior's problem is medical may lead to unnecessary testing and treatment, in addition to the negative consequences of lengthy hospital stays and of failure to treat the depression. Older seniors also tend to refuse psychiatric services because of the stigma attached to "emotional illness".³⁷

NACA recommends that:

Physicians and other health care professionals receive the proper training and opportunities for continuing education to enable them to recognize, assess and treat problems of mental health, in particular depression, among older seniors.

5.2 Alzheimer's Disease and Related Dementias

I moved in here basically because of some minor problems. I'm OK because I still have "all my buttons" but I find my memory gaps maddening. I am beginning to forget words as well. That scares me a lot because I see what some of my friends have become in here. They began just like me, forgetting things.

(86-year-old widow living in a long-term care facility)

I forget things so often. Sometimes I can't remember why I've left one room and entered another. I try to make lists of things I need to remember but that doesn't work either because I forget where I put the list. I really think I'm losing my mind.

(82-year-old widow living in a long-term care facility)

About 25-30% of seniors 80+ (40% of those 90+) have some type of dementia, defined as gross intellectual impairment having a major impact on the ability to function. The most common and well-known form of dementia is Alzheimer's disease (AD), although others forms of dementia such as multi-infarct or alcohol-

related dementias also occur among older seniors. Approximately 200,000 Canadians were diagnosed as having AD in 1991. According to current projections this number will more than double by 2011, rising to nearly 500,000 individuals in Canada.³⁸

Coupled with the increase in number is an increase in the length of time during which support will be needed, as the disease progresses much slower among seniors who begin to develop AD later in life (after 70) compared to those who begin to show symptoms before age 60. This presents a serious challenge to families and to the community service sector who recognize the challenges of caring for a person with AD at home. For families, the challenge is to maintain these seniors in a familiar living environment to enhance their quality of life and to maximize the opportunity for participation in meaningful activities while avoiding the burnout that this type of caring can entail. Many family caregivers also experience increased isolation from both family and friends as the number of visitors drops off because of increasing behavioural disruptions on the part of their care recipient.³⁹

For the community service sector, the challenge is to provide resources such as day care centres, senior centres and other respite-type services that are adapted to the special needs of persons with AD. These can represent a welcome relief to these caregiving families. It has been estimated, in fact, that approximately 20% of the clients of day care centres in Canada have some form of dementia and there is a serious lack of adequately trained staff to work with these clients.⁴⁰

Alzheimer's disease also presents a major challenge to long-term care facilities since most people with this disease will spend at least a portion of their final years in an institutional setting. It has been estimated that over 50% of residents in these facilities have some form of dementia. Since most of these facilities were not planned to house individuals suffering from serious cognitive disabilities like AD, their physical design and programs and activities are rarely adapted to the needs of this clientele. Their staff has often not been appropriately trained. Issues such as the use of shared facilities between cognitively-impaired seniors and others who are not cognitively impaired, the burnout of staff working in "special dementia wards" and the use of physical or pharmaceutical restraints to control behaviourally disruptive demented patients have not as yet been resolved and require concerted research efforts.⁴¹

NACA recommends that:

Community resources such as day care centres and other forms of respite and support services be developed and staffed by individuals trained to support and enhance the informal caregiving of families of persons with AD or other forms of dementia.

Care facilities adapt their staff training, their programs and activities and their physical environments to the special needs of persons with AD or other forms of dementia.

Increased funding be provided for both basic and applied research into the causes and treatment of AD or other forms of dementia.

6. RESIDENTIAL SITUATIONS

The residential situations in which older seniors live are extremely important for their well-being. Their mobility is often limited so that they spend much more time at home than younger seniors and they often lack the resources or the energy to transform unsatisfactory elements of their immediate environment. They are much more vulnerable to the conditions of their surroundings. To avoid excessive dependency older seniors need an environment that supports their independence or "enables them" to maximize their autonomy. The lack of an enabling environment adds to the older senior's sense of dependency and to the public perception of their frailty.

6.1 Housing in the Community

We moved into this high-rise apartment building because we wanted to be close to lots of shops and amenities. If my wife's health continues to deteriorate we may need to move to a unit for handicapped persons so that her scooter can fit in. Coping with the two heavy doors in the basement parking area so she can get out to the street with her scooter is also really difficult. The result is that I need to drive her everywhere, whereas I know she would like to be independent.

(80-year-old man living with his spouse in an apartment)

It's lonely living alone now that my husband is dead, but I like being surrounded by memories of him and of our life together. I also like having plenty of room when the children and grandchildren visit but it isn't easy to keep the house clean and tidy the way I like it.

(83-year-old widow living alone in her own home)

The majority of older seniors continue to reside in the community and prefer to do so as long as possible. The proportion of seniors who live alone is rising, especially among the female population. In 1991, over two-thirds of community-dwelling women 80+ lived alone.⁴² Research has repeatedly shown that sharing one's residence with another person increases the likelihood of mutual assistance. In fact, extreme old age and living alone are two factors that have been found to be closely associated with entry into a long-term care facility.⁴³

Individuals in their 80s and 90s often find that their housing becomes increasingly less adapted to their functional capacities as they age. To provide options in community living for these older seniors there is a trend toward assisted housing that allows for maximum independence while providing services as needed. This often means incorporating new technologies that are of assistance to residents with special needs or allowing for their installation at a later date. Another important trend involves "universal design" housing, in which certain essential features (bathroom facilities, countertops and cupboards) are designed to accommodate the needs and abilities of all categories of occupants. Home builders who are keenly aware of future market trends, are increasingly conscious of the need to reconsider traditional housing designs created with the average, fully autonomous 30 to 40-year-old in mind.⁴⁴

These developments can be seen as part of a growing realisation that there needs to be an integrated system of continuing care, including housing, social services, transportation and health care, to truly respond to the needs of frail seniors in the community. However, most of this development has occurred in the private sector where the prices are often prohibitive for low-income seniors. Only approximately 2% of community-dwelling seniors, even among the very old, live in housing that provides special services such as meals.⁴⁵

About 50% of older seniors change their housing status (homeowners vs. renters) to adapt to increasing age, moving to a house or, more often, to an apartment that is smaller and requires less upkeep. The other 50% remain in their homes until serious physical problems or the death of a spouse or other caregiver forces a move.⁴⁶

Most of the housing owned by older seniors tends to be older and in need of repair or maintenance. The upkeep of their homes and yards is of particular concern to older seniors to maintain the value of their homes and for their own self-esteem and their image in their community. Older seniors often find it very difficult to do this upkeep themselves and the costs of home repairs and yard maintenance can be very expensive, especially since most homes owned by seniors are older. Older seniors are sometimes afraid of "being taken" by unscrupulous repair or home maintenance contractors.

The popularity of the Residential Rehabilitation Assistance Program (RRAP) also points to a definite need for extensive modifications in existing homes to adapt them to seniors' changing needs. The Canada Mortgage and Housing Corporation (CMHC) has recently received additional funding to implement home modification programs for the frail, older senior as part of the National Strategy for the Integration of Disabled Persons. A pilot program called the Home Adaptations for Seniors' Independence (HASI) program has been developed to help low-income

seniors pay for minor adaptations so that they can extend the time they can live independently in their own homes.⁴⁷

In addition, new financial options have begun to appear in Canada intended to make it possible for senior homeowners to remain in their homes while at the same time providing them with added income that they can use, for example, to assure home maintenance and adaptations or to buy needed services. Most are variations of reverse mortgages which allow individuals to take out a mortgage on their principal residence and defer any repayment. This is potentially a very important source of income and security for the approximately 330,000 homeowners in Canada who are 80+.⁴⁸

NACA recommends that:

A wide range of low-cost supportive housing options, including group homes with services, be developed that are adapted to the needs of frail older seniors.

Communities maintain and make available to older seniors lists of reputable and trustworthy persons to do home repair work, lawn maintenance, etc.

Older seniors be offered appropriate counselling so that they can evaluate and make choices about the financial options available to them with regard to drawing income from their homes.

6.2 Home Care

The ability of many older seniors to cope and maintain their autonomy in the community despite physical disabilities or activity limitations is due to the support of others. About 80% of that support is provided by family members, friends and neighbours.

Many older seniors also depend on formal home care. The home support sector will surely grow due to the increased emphasis on helping seniors remain in their homes, hospitals' discharging patients earlier and treating them on an outpatient basis and the sheer numbers of seniors potentially requiring these services in the future. Home support services are provided by the public sector, community organizations and private agencies. They can include a broad range of services from baths and meal preparation to intravenous feeding and respiratory therapy. About 25% of those receiving home support in the community are 85+.⁴⁹

The issue of the cost-effectiveness of home support services is still subject to debate but two conditions seem to be necessary to maximize the cost-effectiveness

of home care in the short term: strictly targeting services to clients who are really at risk of institutionalization; and assuring integration of the community and the institutional sectors. Many provinces have chosen to pursue these goals through a decentralized and integrated health and social service system with a single point of entry and case-management services to assure accessibility and continuity. This is particularly crucial in the case of older seniors whose needs are complex, vary widely and change very quickly or who require continuing or repeated highly specialized medical input and frequent admission to hospital.⁵⁰

A recent development in home care is the palliative care team who specializes in assisting both terminally-ill seniors who wish to die at home and their family members. Although the treatment of these patients is often restricted to pain control, these teams also provide moral or spiritual support to dying patients and to their family members. The development of these services is particularly important for older seniors, among whom a high percentage of deaths occurs.⁵¹

NACA recommends that:

Adequate home support services be developed that are integrated with institutional and other community services, with a single entry point to provide maximum accessibility, ensure a continuum of care, and include palliative care for seniors who wish to die at home.

6.3 Long-term Care Facilities

When my wife had her stroke, she spent almost a year in a hospital. I lived alone and was terribly depressed. When we both got accepted here I was really glad to be with her again. I have to admit that living like this with her is sometimes depressing for me. We only have one room and the children can't come very often. But I've adapted. At least I'm not lonely for her anymore.

(87-year-old man living in a long-term care facility with his paralysed spouse)

My eyesight and ability to walk are very bad. I have a hard time getting around. But I am feeling alright because I have enough money, thanks to my pension, and I am in a home where people look after me. I don't have any family but like being here because everyone is a friend.

(90-year-old single man living in a long-term care facility)

They take care of me here but they don't do it the same as I would myself. I can't take care of myself because I'm all "crippled up". Sometimes I think this place is run more for the convenience of the staff than for the residents. I resent having to go to bed so early just to suit them.... I only have \$90 a month to get by on. That is not very much. It is very hard for me to take a car or a bus to go anywhere. (86-year-old widow living in a long-term care facility)

Despite the growing emphasis on community services in long-term care and sheltered housing for those who are more autonomous, it is likely that the need for long-term care facilities or institutions⁵² will continue to grow with the increase in the very old population. Sixteen percent of seniors 75+ were residents of institutions in 1991. This proportion increases rapidly with age. About one-third of those 85+, including 41% women and 28% men, were living in long-term care facilities in 1986. A relatively high percentage of older seniors will likely continue to spend the last years of their lives as residents of these institutions. This is particularly true for those older seniors who live alone or who feel insecure and vulnerable because of physical health problems and for those whose cognitive deficits make independent living difficult or impossible.⁵³

Issues concerning the quality of life in long-term care settings are very important for the older senior population. Seniors residing in these facilities wish to be respected as individuals and to exercise their autonomy as much as possible. Although individualized client assessments and care plans have been shown to be essential prerequisites for quality care, they are not always implemented. In some cases, the level of resources and personnel to maximize restoration and maintain activity may not be adequate.⁵⁴

Many seniors in long-term care facilities also wish to maintain as much continuity with their previous lives as possible. Separation from a spouse when serious physical or cognitive disabilities oblige the other to enter a long-term care facility, is often a very brutal and traumatic break in continuity with the individual's past. Fortunately some facilities have the flexibility to allow couples who wish to continue living together to do so. Seniors also often wish to maintain ties with their family members and friends outside the facility and with their communities. This may be difficult because staff time to provide support for these activities may be quite limited, the location of the facilities may not invite community participation or transportation may be scarce and expensive to organize given the serious levels of disability of some residents. Access to community resources such as churches, stores and senior centres may also be difficult for disabled seniors. Increasing numbers of care facilities invite members of the community to bring their services or activities to residents who may find it difficult or impossible to go out to them. These include stores, churches or synagogues, community groups who organize rummage or bake sales and school

groups. This kind of initiative makes it easier for seniors to maintain their sense of integration and their ties with the community as well as allowing them to purchase items for their own use or gifts for friends and families.⁵⁵

Individual preferences and habits are not always respected with regard to daily routines in institutional settings. Administrative rules about scheduling are sometimes very rigid and oblige people to eat, bathe, go to bed and get up at hours that are not of their choice. The participation of clients in decision-making about the menu-planning and activities within the institution is not always encouraged.⁵⁶

Of special concern is the impact of long-term care on seniors of various cultural backgrounds. Entry into a nursing home or chronic care hospital can produce negative effects for anyone, but the experience of seniors who have lived out their lives in a particular cultural environment may be especially difficult. Being constrained to live in an environment that is not culturally familiar or "comfortable" can be very stressful. Problems of basic communication may lead to high levels of anxiety for both the residents and the staff. These older seniors can be seen as experiencing three major losses: that of family, of culture and community. When the increased vulnerability due to physical or mental frailty is added to these losses it is clear that these individuals require special support to cope with this challenge.⁵⁷

NACA recommends that:

An individualized assessment of each client's abilities and needs be the basis for the design of care and service plans in long-term care facilities. These plans should include restoration and maintenance of activity as appropriate.

The environmental conditions, staffing levels and training of personnel working in long-term care facilities be sufficient to respond to the needs of the clients they are serving and the staff be regularly reminded to have as their goal the respect for the autonomy of their clients.

Couples who wish to do so be permitted to continue living together or in close proximity in a long-term care facility, even if only one requires admission to the facility, provided that this arrangement does not lead to a deterioration of the health of either partner. In addition, the unimpaired spouse should be closely involved in care planning and in care provision as appropriate.

Community institutions (e.g., churches, businesses and stores, community centres) facilitate access for older seniors living in long-term care facilities so that they are able to maintain their contact with the community. This can be done, for example, by accommodating older seniors' physical disabilities and particular needs (lighting, toilet facilities, auditory assistance, furniture), or by bringing their services or activities into the long-term care institution.

Services be established in long-term care facilities, wherever appropriate, that respect the values and traditions of residents who are members of native or ethnic communities and that a system be developed to assure that verbal communication is possible with these clients.

7. TRANSPORTATION AND MOBILITY

I can drive into town to see my old friends because I still have my license. But I am afraid I may not be allowed to keep it. There is no local bus transport and there are not shops or amenities nearby. For six months a year the snow and cold make the winter hard and sidewalks slippery."

(82-year-old widow living in a large housing complex for seniors)

When my driver's license was revoked, it was a terrible loss of independence. I just don't have the money to spend on taxis and am too frail to use public transportation. My friends get tired of taking me where I need to go.

(89-year-old widow living alone in her own home)

I had to give up driving my car voluntarily eight years ago. I'm very frail now and things have gotten worse since I fractured my hip last year. I can get into a car fairly well but riding on city streets is very rough on my back. Also any sudden stops and starts are very painful. Buses are impossible because of my back pain and the height of the steps.

(92-year-old widow living alone in her apartment)

The availability of transportation is a key element in the quality of life of older seniors. Being able to get out to see friends, shop or visit a health professional, in winter as well as in summer, remains closely tied to life satisfaction.

Transportation is an especially difficult problem for older seniors in rural areas and in small towns, which have a higher than average proportion of persons aged 80+. Between 25 and 30% of seniors living in small towns do not drive a car.

Many are older widows who have never learned to drive or women whose husbands have developed a disability that makes it impossible for them to drive. These older seniors report serious restrictions in their daily lives due to lack of transportation. Public transportation or other forms of collective transportation such as taxis are not always available, they are rarely adapted to the special needs of frail seniors and their cost is often prohibitive. Some communities have developed alternative options, including volunteer car-pools, subsidized taxis for certain target populations and the use of school buses outside of school hours, but these are not common.⁵⁸

Those older seniors who are able to drive cherish their licenses and dread the days when physical disabilities may mean a revocation of their license. However, although they drive much less than their younger counterparts, they are responsible for more accidents on a per-kilometre basis. Over 80% of drivers 75+ were assessed by the Insurance Corporation of British Columbia as being at least 50% responsible for the accidents in which they were involved, compared to 68% of drivers aged 65-74.

Problems of visual acuity and speed of reaction time are often to blame for accidents involving older seniors. Many testing centres do not have the equipment necessary to adequately test the reaction time of older drivers. In addition, highway signs are designed for drivers with a visual capacity that far exceeds that of the majority of drivers over 80. At night the problem is even worse since night vision and glare resistance decline sharply with age. The adverse influence of medications may aggravate the problem. Some of these difficulties can be offset by adjustments in driving habits (driving at reduced speeds, not driving at night or when using certain medications) that many older seniors have adopted, as well as by improvements in driving skills. Many seniors have welcomed driver refresher courses which help them meet the challenges of driving under present-day conditions and learn to adapt their driving techniques to their physical capacities. Unfortunately, some seniors hesitate to make use of these courses fearing that somehow they will lead to their licenses being revoked, if their driving skills are judged inadequate. These fears are completely ungrounded since these courses are organized through provincial Safety Councils which are non-governmental. More importantly these courses will help older drivers improve their driving skills to avoid accidents.⁵⁹

Making it possible for older seniors to keep their driver's licenses is also important for others in their communities. Seniors who drive often provide transportation services to others, often their peers. A Statistics Canada survey reported that 18% of community-dwelling men 80+ provided transportation services to others in the preceding six months.⁶⁰

Many older seniors enjoy walking and they are encouraged to do so to promote their physical fitness. However, seniors 75+ have over twice the pedestrian fatality rate of any age group in Canada and many of these accidents occur because they cross the street outside of the crosswalk. If an accident is not fatal, they are much more likely than their younger counterparts to be seriously injured and to require lengthy hospitalizations. Sensory problems (sight and hearing) do not seem to be as debilitating to older pedestrians as to older drivers but environmental conditions, such as crosswalk design and road signs, uneven sidewalks, and conditions due to inclement weather can have a serious impact on their safety.⁶¹

NACA recommends that:

The appropriate municipal, provincial, territorial or federal authorities make the necessary design changes to roadways, intersections and highway signs (e.g., size of lettering and placement of signs), and ensure the proper maintenance of sidewalks and bus-stops to improve the safety of older seniors who are pedestrians, bus-riders or drivers.

Regular or alternative public transportation systems and adapted transportation systems for disabled seniors be made more widely available, particularly in small towns and rural areas.

Driver refresher courses be widely available to all 80+ seniors who wish to continue driving and that these seniors be periodically tested to verify their visual acuity and their reaction time in complex situations.

8. INTERPERSONAL ISSUES

The network provided by family members and friends is often an important source of support and assistance as well as an opportunity to exchange services for people of all ages and older seniors are no exception. Strong social networks seem to cushion individuals from some of the most psychologically disturbing effects of life's stresses.⁶² Most older seniors turn to the "informal sector" as their main source of support, receiving assistance as well as providing it in areas as varied as physical care, emotional and psychological support, financial aid, practical help, and leisure activities. Family members and friends can also be important sources of information and serve as mediators or facilitators in older seniors' dealings with service providers and government "red tape".⁶³

8.1 Family and Social Relations

As the older seniors age, family and friendship ties may become scarce and the availability of potential caregivers may be more limited. Since they frequently live alone, older female seniors may have fewer sources of potential social and physical support. Those who have weaker family ties are certainly more likely to live in a long-term care facility.⁶⁴

Approximately 80% of the assistance that community-dwelling seniors receive comes from family members and friends. For the 68% of community-dwelling men 80+ who are married, this help is most likely to come from their spouse. For community-dwelling women 80+, two-thirds of whom are widows, the most frequent source of support is a daughter. A husband is the second most frequent source of caregiving. If neither is available, a son is often the one to provide the needed assistance, followed by siblings and friends.⁶⁵

For those who do continue to have strong family and friendship ties, there is often an ongoing exchange of services. Older seniors usually provide baby-sitting services (women) and home maintenance and yard work (men) to other family members.

8.2 Marital Relations and Widowhood

We were both teachers and retired together. We are really enjoying this period of our life together. I love my flower and vegetable garden. My wife plays the organ at our church. We are both involved in seniors' activities a lot and go out together very often. We've discussed buying a condo and have considered a continuum of care community. More than anything we want to stay together.
(91-year-old man living with his spouse in their own home)

I've been living here alone since my husband died two and a half years ago. My health has greatly improved since my husband died. His last few years were very tiring. I don't think I slept through the night more than twice a week for over four years.
(82-year-old widow living in a seniors' housing complex)

An intact marriage in later life is among the best guarantees of proper health care, good nutrition, social connectedness and avoiding institutionalization for older seniors. Since women generally marry men three to ten years older than themselves and have a life expectancy about seven years longer than men, older married women are those most frequently called on to provide caregiving services to their spouse. This happens at a period of their lives when their physical capacities may well be reduced. The situation of these older female caregivers

merits particular attention since their efforts over the long term may lead to a complete depletion of their psychological and physical resources. The danger of possible abuse or neglect on the part of the caregiver, whether intended or not, may be quite real. The formal support system may end up having to care for two patients instead of just one.⁶⁶

As mentioned earlier, widowhood is relatively common among older seniors, especially among women. In 1991, 33% of men 80-84 were widowers compared to 67% of women in the same age group. The gender gap is much smaller among those 85-89. In this age group, 54% of men and 71% of women are widowed. Research indicates that after an initial and sometimes very difficult period of adaptation, most women tend to adjust to widowhood more easily than men, despite the fact that they are economically more disadvantaged. Widowers, on the other hand, are often financially more secure but have a more difficult time adjusting psychologically.⁶⁷

NACA recommends that:

The limits in the capacities of older seniors to provide care to their spouses be recognized and that they be offered adequate support through respite care, day care centres, multi-purpose senior centres and other home support services.

Older seniors who are recently widowed are offered special counselling and practical support, with particular attention to the needs of older widowers.

8.3 Children, Other Relatives and Friendship Ties

I feel a lot more vulnerable since my husband's death. I count on my children for help. If they do not provide the assistance I need I will have to leave my home. I can't climb the stairs as well as before. I can't go out. I can't even go to church.

(86-year-old widow living alone on the second floor of her home (first floor rented out))

I'm "involved" in the support of my brain-damaged daughter, who is now middle-aged and lives in a long-term care institution a few blocks away from our home. I bring her home once a week and my wife visits her every day.

(80-year-old man living with his spouse in their own home)

I really mourn the loss of my friends. I miss most of all having someone to share news or encounters, reports of the day when I

return from shopping or an outing. I sometimes find myself saying "I must tell Mary about that" and then I remember that she is no longer around. We used to be a close group of six and now I am the only one left.

(87-year-old widow living in a seniors' housing complex)

Family members and friends can provide both emotional and practical support to many older seniors. Today's cohorts of both younger and older seniors have a relatively large pool of offspring (children and grandchildren) to whom they could theoretically turn for support.⁶⁸ Of course, many factors including geographic location, style of family or friendship relationships, health and economic status may influence the ability and willingness of family members and friends to provide help at any given time.

In 1991, 63% of community-dwelling seniors aged 80+ had two or more living children. Cohabitation between generations is not as rare as one might imagine. Approximately 15% of seniors 80+ live with one or more children. This proportion was about twice as high for women (19%) as for men (9%). Cohabitation is often a guarantee of assistance and security as well as a safeguard against isolation and loneliness.⁶⁹

Approximately 74% of those 80+ living in the community have at least one living sibling. The frequency of their contacts is quite high. Approximately 13% said they had some form of contact with one or more of their siblings at least once a week and 18% reported at least monthly contact.⁷⁰

Not surprisingly, friendships are retained despite advancing age. In a survey of community-dwelling seniors, 48% of those 80+ said they had two or more close friends. The frequency of contact with friends was again quite high among older seniors. While 15% said they had daily contact with one or more friends, 42% said they had contact at least once a week. Siblings and friends who are age peers can often provide familiar reference points, shared history, and common values in addition to multiple forms of assistance and mutual aid. Studies have shown, however, that friends are usually not frequent sources of long-term personal care. A common experience among the very old is that of having outlived many of their family members and friends and having a much more limited pool from which to choose when they move into their 90s.⁷¹

The relations between older native and ethnic seniors and their family members present a special challenge. Social and health services agencies often assume that these groups have no need for their services, expecting that traditional norms of filial and inter-kin responsibility will assure a high level of cohabitation and assistance to elderly parents who are kept within the extended family group despite extreme old age and serious incapacities. It is likely that in the future the

needs of the older seniors in native and ethnic communities will require more demanding and more complex care than kin members can provide. Many of these groups are already expressing the need for the same facilities and services as other older Canadian seniors, provided within a context or with elements of different cultural traditions.⁷² More research is necessary to determine the level of cultural accommodation that is required by these individuals. Several factors must be taken into consideration including the number of years spent in Canada, the age at which immigration occurred and fluency in one of Canada's two official languages.

NACA recommends that:

Formal service providers recognize the limits in the availability and capacities of children, other relatives and friends as informal caregivers as well as the fact that some older seniors do not have reliable sources of informal support.

Assumptions about norms of family support in native and ethnic communities not lead formal service providers to neglect providing adequate and culturally sensitive care and support services.

9. ETHICAL ISSUES

I want to continue living alone. My children worry about me and call often. They've invited me to live with them but I want to stay here as long as I can. They pitch in to help me pay every month to have Lifeline services so I can get help quickly in case anything happens to me.

(79-year-old widower living alone in his apartment)

I had lost the sight in my right eye many years ago and began to lose sight in the other eye about eight years ago. As my eyesight became worse I became depressed. I hesitated to have an implant because of the experience of one of my friends whose implant had failed. But when I could hardly see at all I changed my mind. My life has been transformed and I feel alive again. I feel there is a purpose for living and enjoy every day now that I can see.

(94-year-old widower living in a seniors' residence)

The situation of many older seniors gives rise to several ethical issues that are especially pertinent to the quality of life of this population group, both now and in the future. These include the choice to live "at risk" despite increased frailty; the incidence of abuse involving older seniors; older seniors' right to participate in decision-making about the health and social care they receive and to refuse

treatment; substitute decision-making in cases of incapacity; and the criteria used in limiting access to services.

Making choices about how to live out one's life is basic to the individual's sense of self-esteem and dignity. In the case of older seniors their basic security is often an issue and their right to choose to live "at risk" is sometimes questioned in a way that would never be acceptable in the case of a younger adult.

The issue of abuse of older seniors, whether physical, emotional or financial, is receiving increased attention. Estimates of the incidence of abuse and neglect of seniors vary between 3-5%, although it is generally recognized that these figures probably underestimate the reality. Very old, dependent seniors whose health is frail are among the most vulnerable to abuse. The stressful task of caring for older seniors who are mentally impaired or physically very disabled has been shown to sometimes lead to a cycle of violence in which caregivers react through abuse to a situation in which they perceive themselves to be victims or in which they have, in fact, been abused. This points to a serious lack of training and support for informal or formal caregivers who are faced with very demanding tasks.⁷³

Choice about medical treatment is another issue of major concern to older seniors. Modern ethics and law require that physicians disclose their diagnosis, their prognosis and the options available to patients. After making recommendations they must receive informed consent before treatment. Normally this procedure assures that patients are protected against any unwanted intervention but the frail health and diminished cognitive abilities of some older seniors complicate the procedure. As well, decisions may have to be made very rapidly concerning the use of technology to revive or provide life support to extremely frail individuals. Issues about substitute decision-making often arise in this context. It is important to examine the basis on which decisions are made and the roles of the individual, family members and professionals in making them.⁷⁴

Rationing of health care using age as the sole criterion is clearly not acceptable, but "triage" or limiting access to services based on the expected efficacy of health care interventions is quite another matter. There appears to be a general agreement that an intervention is justified when there is some reasonable expectation that it can have a positive impact on the health status or quality of life of the patient, but it remains to be determined what a reasonable expectation actually is.⁷⁵

Canadian society cannot avoid addressing these ethical issues as well as other life and death issues, like active and passive euthanasia, living wills, and advance directives that have received so much media and public attention over the past years. Some positions may be found to be clearly in contradiction with the basic principles of respect for human life upon which Canada is founded and with

the codes of practice of professional associations. But others may be found to be reasonable and acceptable solutions to very real problems. It is urgent that these issues be the object of serious public debate and that they be resolved based on shared societal values and standards.

NACA recommends that:

The rights of older seniors to choose to live "at risk" be respected as long as the senior is not found to be incompetent and is not likely to harm anyone else.

The varied forms of abuse involving older seniors, as victims or perpetrators, be recognized as such and properly understood and that methods be developed to deal with this abuse effectively to prevent further occurrences.

Public debate be encouraged and include the views of older seniors themselves, to clarify individual, community and societal standards concerning ethical issues such as living wills, advance directives, rationing of health and social service resources and euthanasia; and that necessary mechanisms be put in place to implement the resulting decisions.

CONCLUSION

When you get to be my age you appreciate every day you wake up. I still have lots of things I want to do and feel that time is running out. It's frustrating but I know that I have to accept growing old. I'm not afraid of dying but I'm worried about where my wife and I will go if we become seriously ill and dependent.

(82-year-old man living with his spouse in an apartment)

I am doing more now than I ever dreamed possible. It is incredible and so rewarding. I'm being listened to.... My experience before had been that people over 80 are looked at askance when we behave normally. If I take someone to task for some home support policy it leaves them stunned. When I ask awkward questions the response often is: "You are too old to be speaking like that."

(82-year-old woman living in an apartment with her spouse)

Historically, Canada has never had as many seniors 80+ as it has today and this population group will certainly grow quite rapidly in future years. These seniors represent an extraordinary variety of individual strengths and weaknesses, of life experiences ranging from resounding success stories to tragic failures. They are

living pages of history from whom all members of society can learn. It is essential to call on the deep-rooted sense of solidarity between generations within families and communities and across the nation to remind Canadians of the accumulation of the contributions of the past and the common stake we all have in one another's well-being.

There is no doubt that many older seniors are going to need assistance and support. In other words, they will be dependent on others in some areas of their lives. But this is, of course, a question of degree and perception, since independence is a continuum of varying degrees of self-determination. In fact, most older seniors, like other members of the society, live quite interdependently and in situations characterized by reciprocity rather than in real and total dependency. This fact must be underlined. Seniors have said that the really painful dependency results from needing the help of others while being unable to negotiate the terms of the help received.

Canada can be proud of its achievements in extending the life expectancy of its senior population. The next step is to assure that the extra years provided to our oldest seniors are fulfilling and rewarding and that the quality of their lives is maintained.

NOTES

- 1) The 65-74 age group has generally been labelled "the young elderly", whereas "older seniors" have been defined variably as those 75+, 80+ or 85+. This paper focuses on the 80+ but, as appropriate or according to the statistical data that is available, distinctions are sometimes made based on other age groupings within the older senior population.
- 2) Laforest, J. (1989) *Introduction à la gérontologie: Croissance et déclin*. Ville La Salle, Qc: Hurtubise HMH.

McPherson, B. (1990) *Aging as a Social Process: An Introduction to Individual and Population Aging*. Second edition. Toronto: Butterworths.

- 3) National Advisory Council on Aging. (1991a) *The Economic Situation of Canada's Seniors*. Ottawa: the Council.

National Advisory Council on Aging. (1992a) *The NACA Position on Managing an Aging Labour Force*. Ottawa: the Council.

- 4) Gutman, G. ed. (1992) *Shelter and Care of Persons with Dementia*. Burnaby, B.C.: Gerontology Research Centre, Simon Fraser University.

National Advisory Council on Aging. (1992b) *The Quality of Life in Long-Term Care Institutions: A Concerted Approach*. Writing in Gerontology No. 12. Ottawa: the Council.

- 5) McPherson, op. cit.

- 6) McDaniel, S. (1986) *Canada's Aging Population*. Toronto: Butterworths.

Lesnoff-Caravaglia, G. ed. (1987) *Realistic Expectations for Long Life*. New York: Human Sciences Press.

- 7) Poon, L. ed. (1992) *International Journal of Aging and Human Development*, 37, 1. (Complete issue dedicated to the Georgia Centenarian Study).

- 8) Statistics Canada. (1992a) *Age, Sex and Marital Status: The Nation*. Catalogue No. 93-310. Ottawa: Statistics Canada.

Beaujot, R. (1990) "The Challenge of Changing Demographics," *Policy Options*, Vol. 11, No. 10: 19-22.

Perreault, J. (1992) "Me a Centenarian? Why not!" *Census of Canada 91-Short Article Series*, 2: 1-4.

Hill, G. (1990) "Mortality of the Elderly in Canada: Cohort Trends," *Chronic Diseases in Canada*, 11, 1, January: 1-3.

Statistics Canada. (1991) *Population Projections for Canada, Provinces and Territories*. Catalogue No. 91-520. Ottawa: Statistics Canada.

- 9) Statistics Canada. (1989) *Life Tables, Canada and the Provinces 1985-1987*. Catalogue No. 84-532. Ottawa: Statistics Canada.
- 10) Statistics Canada. (1990) *A Portrait of Seniors in Canada*. Catalogue No. 89-519. Ottawa: Statistics Canada.
- 11) Health and Welfare Canada. (forthcoming 1993) *Aging and Independence: Overview of a National Survey*. Ottawa: Supply and Services Canada.
- 12) Statistics Canada. (1991) *Income Distribution by Size in Canada 1990*, Table 47. Catalogue No. 13-207. Ottawa: Statistics Canada.

The income limits used as a basis for the classification "low-income" refer to the fact that individuals with incomes below these limits spend, on average, 58.5% or more of their income on food, shelter and clothing. The limits vary by size of area of residence and size of family and they increase annually by the change in the Consumer Price Index.

- 13) Ibid.
- 14) National Council of Welfare. (1990) *Women and Poverty Revisited*. Ottawa: the Council.
- 15) National Advisory Council on Aging (1991a), op. cit.

The category "government transfers" includes Old Age Security, Guaranteed Income Supplement, Spouses' Allowance and Canada/Quebec Pension Plans.

- 16) Health and Welfare Canada. (1992) *Income Security Programs Monthly Statistics*. Ottawa: Income Security Programs Branch, Programs Statistics Section.
- 17) Erikson, E. et al. (1986) *Vital Involvement in Old Age: The Experience of Old Age in Our Time*. New York: Norton.

National Advisory Council on Aging. (1990) *The NACA Position on Community Services in Health Care for Seniors*. Ottawa: the Council.

National Advisory Council on Aging. (1990) *The NACA Position on Lifelong Learning*. Ottawa: the Council.

- 18) National Advisory Council on Aging. (1990) *Understanding Seniors' Independence. Report No. 2. Coping Strategies*. Ottawa: the Council.

Wong, P. (1989) "Personal Meaning and Successful Aging," *Canadian Psychology*, 30, 3: 516-525.

National Advisory Council on Aging. (1992c) "Aging and the Meaning of Life," *Expression*, 8, 4.

Minkler, M. and Pasick, R. (1986) "Health Promotion and the Elderly: A Critical Perspective on the Past and Future," in Dychtwald, K. ed. *Wellness and Health Promotion for the Elderly*. Rockville, MD: Aspen Publishers.

- 19) L'Écuyer, R. (1992) *Le concept de soi des personnes âgées de 80 ans et plus et leurs perceptions de leur autonomie*. Presentation to the members of the National Advisory Council on Aging. May 27.

McPherson, op. cit.

- 20) McPherson, op. cit.

Health and Welfare Canada. (1989) *The Active Health Report on Seniors*. Ottawa: Supply and Services Canada.

Fiatarone, M. and Evans, W. (1990) "Exercise in the Oldest Old," *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 5, 2: 63-77.

- 21) Bisch, L. et al. (1989) "Temporal and Spatial Patterns in Stroke Mortality and Morbidity among the Canadian Elderly," *Chronic Diseases in Canada*, 10, 4, July: 63-67.

Mann, K. et al. (1990) "Postmenopausal Osteoporosis and Fractures," in Goldbloom, R. and Lawrence, R. *Preventing Disease: Beyond the Rhetoric*. New York: Verlag: 212-230.

- 22) Health and Welfare Canada (1993), op. cit.

Dunn, P. (1989) *Barriers Confronting Seniors with Disabilities in Canada*. Ottawa: Supply and Services Canada.

Statistics Canada. (1992b) "The Health and Activity Limitation Survey - 1991," *The Daily*, October 13.

When asked about their ability to cope with their physical disabilities, however, 85% of seniors 80+ said they coped very or fairly well.

- 23) *Chronic Diseases in Canada*. (1988) Special issue "Health Problems of Seniors," 9, 5.

Simmons-Tropea, D. and Osborn, R. (1987) "Disease, Survival and Death: The Health Status of Canada's Elderly," in Marshall, V. ed. *Aging in Canada: Social Perspectives*, Second edition. Toronto: Fitzhenry & Whiteside: 399-423.

- 24) National Advisory Council on Aging. (1989) *Geriatric Assessment: The Canadian Experience*. Ottawa: the Council.

National Advisory Council on Aging. (1991b) *Geriatric Assessment and Treatment: Members of the Team*. Ottawa: the Council.

National Advisory Council on Aging. (1992d) "Treating Illness, Restoring Persons," *Expression*, 8, 1.

- 25) Shapiro, E. (1991) *Manitoba Health Care Studies and their Policy Implications*. Winnipeg: Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation, University of Manitoba.

- 26) Barer, M. et al. (1987) "Aging and Health Care Utilization: New Evidence on Old Fallacies," *Social Science and Medicine*, 24, 10: 851-862.

Rachlis, M. and Kushner, C. (1989) *Second Opinion: What's Wrong With Canada's Health Care System and How to Fix It*. Toronto: Collins.

- 27) Dumas, J. (1986) "Survivre à ses pilules ... dans la dignité," *Les agressions thérapeutiques au 3^e âge: Le rôle des intervenants*. Les Cahiers des Journées de Formation Annuelle du Sanatorium Bégin, No. 2.

- 28) Barbeau, G. et al. eds. (1991) *Médicaments et personnes âgées*. Saint-Hyacinthe, Qc: Edisem.

- 29) Barbeau, op. cit.

Stewart, N. and Richardson, J. (1989) "A Method to Examine Confusion-Potentiating Medications in Studies of the Institutionalized Elderly," in *Aging and Health: Linking Research and Public Policy*. Chelsea, MI: Lewis Publishers.

Dumas, op. cit.

According to a study based on data from one provincial drug plan, 35% of prescriptions given to individuals 75+ included tranquillizers and sleeping pills, whereas 27% included psychotropic medications.

Tuominen, J. (1988) "Prescription Drugs and the Elderly in B.C.," *Canadian Journal on Aging*, 7, 3: 174-182.

30) Tuominen, op. cit.

Dumas, op. cit.

31) MacLeod, F. (1988) "Adult Incontinence," *The Canadian Nurse*, 84, 8: 45-47.

32) Resnick, N. et al. (1989) "The Psychopathology of Urinary Incontinence among Institutionalized Elderly Persons," *New England Journal of Medicine*, 320: 1-7.

33) Ibid.

34) Barker, J. and Mitteness, L. (1989) "Shedding Light on Nocturia," *Geriatric Nursing*, 10, 5: 239-240.

Flaherty, J. et al. (1992) "Impact on Caregivers of Supporting Urinary Function in Noninstitutionalized, Chronically Ill Seniors," *The Gerontologist*, 32, 4: 541-545.

Resnick, op. cit.

35) D'Arcy, C. (1987) "Aging and Mental Health," in Marshall, V. ed. *Aging in Canada: Social Perspectives*, Second edition. Toronto: Fitzhenry & Whiteside: 424-450.

Champagne, R. et al. (1992) *La vieillesse: voie d'évitement ou voie d'avenir*. Boucherville, QC: Gaétan Morin.

36) Cappeliez, P. (1988) "Quelques considérations sur la prévalence et l'étiologie des états dépressifs de la personne âgée," *La revue canadienne du vieillissement*, 7, 4: 417-440.

McEwan, K. et al. (1991) *Mental Health Problems among Canada's Seniors: Demographic and Epidemiologic Considerations*. Ottawa: Supply and Services Canada.

- 37) Wigdor, B. (1990) *Mental Health and Aging*. Presentation at the conference Aging in the 21st Century, held in Ottawa.

Cappeliez, P. (1991) "Depression, Loneliness, and Grief among the Elderly," in National Advisory Council on Aging. *Mental Health and Aging*. Ottawa: the Council: 11-30.

- 38) McEwan, op. cit.

- 39) Herrmann, N. (1991) "Confusion and Dementia in the Elderly," in National Advisory Council on Aging. *Mental Health and Aging*. Ottawa: the Council: 31-48.

Gutman, op. cit.

- 40) Asbury, C. and Henry, R. (1991) "Day Programs for Dementia: Responding to the Market," *Perspective on Aging*, July, August: 25-27.

Ehrlich, P. et al. (1991) "TOPS: A Consumer Approach to Alzheimer's Respite Programs," *The Gerontologist*, 31, 5: 686-691.

Gutman, op. cit.

- 41) Gutman, op. cit.

- 42) Health and Welfare Canada (1993), op. cit.

In contrast over 70% of community-dwelling men 80+ live with their wives and/or children.

- 43) Shapiro, E. and Roos, N. (1987) "Predictors, Patterns and Consequences of Nursing-home Use in One Canadian Province," in Marshall, V. ed. *Aging in Canada: Social Perspectives*, Second edition. Toronto: Fitzhenry & Whiteside: 520-537.

Williams, M. (1987) "Identifying the Older Person Likely to Require Long-term Care Services," *Journal of the American Geriatrics Society*, 35: 761-766.

44) Canada Mortgage and Housing Corporation. (1989) *Options: Housing for Older Canadians*. Proceedings of the conference Helping to House Canadians. Ottawa: CMHC.

45) Brink, S. (1992) *Housing for Seniors 75+*. Presentation to the members of the National Advisory Council on Aging. May 27.

Health and Welfare Canada (1993), op. cit.

46) Gutman, G. and Blackie, N. eds. (1990) *Housing the Very Old*. Burnaby, B.C.: Gerontology Research Centre, Simon Fraser University.

47) National Advisory Council on Aging. (1992e) *Housing an Aging Population, Second edition*. Ottawa: the Council.

Canada Mortgage and Housing Corporation. (1992) *Home Adaptations for Seniors Independence. Guide*. Ottawa: CMHC.

48) Canada Mortgage and Housing Corporation. (1990) *Housing for Older Canadians: New Financial and Tenure Options*. Ottawa: CMHC.

Canada Mortgage and Housing Corporation. (1991) *Home Equity Conversion Mortgages: New Financial Options for Senior Homeowners*. Ottawa: CMHC.

49) Shapiro, E. (1989) *A Cross-Canada Tour of Home Care*. Presented at the Nova Scotia Conference on Home Care.

Nahmiash, D. and Reis, M. (1992) *An Exploratory Study of Private Home Care Services in Canada*. Ottawa: Community Health Division, Health Services and Promotion Branch, Health and Welfare Canada.

50) Health and Welfare Canada. (1990) *Report on Home Care*. Ottawa: Supply and Services Canada.

Canadian Medical Association. (1992) *Decentralization of Health Care in Canada and Abroad*. Ottawa: CMA.

Chichin, E. and Canton, M. (1992) "The Home Care Industry: Strategies for Survival in an Era of Dwindling Resources," *Journal of Aging and Social Policy*, 4, 1/2: 89-106.

Shapiro, E. (1991) "Home Care: Where Is It and Where Should It Be Going?" in Wells, Lilian M. *An Aging Population: The Challenge for Community Action*. Toronto: University of Toronto: 18-43.

- 51) Ontario Nurses Association. (1986) *Palliative Care in Ontario*. Position paper, No. 4. Toronto: ONA.

Fisher, R. et al. (1983) "Management of the Dying Elderly Patient," *Journal of the American Geriatrics Society*, 31, 9: 563-564.

Plante, A. (1989) "Nouveautés et raffinement en soins palliatifs," *L'Infirmière canadienne*, 85, 7: 33-40.

MacLean, M. (1989) "Quality of Life in Terminal Care with Institutionalized Ethnic Elderly People," *International Social Work*, 32: 209-221.

- 52) The term "institution" refers here to all long-term care facilities or institutions, ranging from residential or personal care facilities to extended or chronic care hospitals.

- 53) Statistics Canada (1992a), op. cit.

National Advisory Council on Aging. (1988) *Info-Âge*, 1, 2.

Schwenger, C. (1989) "Institutionalization of Elderly Canadians: Future Allocations to Non-health Sectors," in Lewis, Stephen J. ed. *Aging and Health: Linking Research and Public Policy*. Chelsea, MI: Lewis Publishers: 213-224.

- 54) *Une Charte des Droits et Libertés, Pourquoi!* (n.d.) Résidence Yvon-Brunet, Montréal, Qc.

National Advisory Council on Aging (1992b), op. cit.

L'Écuyer (1992), op. cit.

- 55) Wells, C. et al. (1986) *To Enhance Quality of Life in Institutions: An Empowerment Model in Long Term Care: A Partnership of Residents, Staff and Families*. Toronto: Faculty of Social Work, University of Toronto.

National Advisory Council on Aging. (1991c) "At Home: In the Community or in an Institution?" *Expression*, 7, 3.

- 56) Grant, P. (1985) "Who Experiences the Move into a Nursing Home as Stressful?" *Canadian Journal on Aging*, 4,2 : 87-99.

- 57) MacLean, M. and Bonar, R. (1986) "Ethnic Elderly People in Long-term Care Facilities of the Dominant Culture: Implications for Social Work Practice and Education," *International Social Work*, 29: 227-236.

- 58) Seniors who use wheelchairs have special mobility difficulties. Most adapted buses and some specially adapted taxis have lifts that elevate wheelchairs from the street level into the vehicle. Many vehicles, however, are not equipped with lifts and most private homes or public buildings are not equipped with ramps. This can effectively limit the mobility of people in wheelchairs. Portable extensible ramps that are lightweight have been developed that should prove to be of great assistance in these cases.

For more information, contact the Canadian Aging and Rehabilitation Product Development Corporation, 265 Notre Dame Avenue, Winnipeg, Manitoba R3B 1N9. Tel: (204) 943-9400.

Hodge, G. and McKay, L. (1992) *Small Town Seniors and their Freedom to Move*. Final report on Seniors' Independence Project No. 4687-9-88/029. Burnaby, B.C.: Gerontology Research Centre, Simon Fraser University.

- 59) Suen, L. et al. (1989) *Transportation for Elderly Canadians: An Overview of TDC Related Research Activities*. Presentation at the Annual meeting of the Canadian Association on Gerontology.

U.S. Transportation Research Council. (1988) *Transportation in an Aging Society*. 2 volumes. Special Report No. 218. Washington, DC: TRC.

- 60) Health and Welfare Canada (1993), op. cit.

- 61) National Advisory Council on Aging. (1989) *Understanding Seniors' Independence. Report No. 1. The Barriers and Suggestions for Action*. Ottawa: the Council.

- 62) Krause, N. (1987) "Life Stress, Social Support, and Self-Esteem in an Elderly Population," *Psychology and Aging*, 2, 4: 349-356.

- 63) Johnson, C. and Troll, L. (1992) "Family Functioning in Late Life," *Journal of Gerontology*, 47, 2: S66-72.

- 64) Stone, L. (1988) *Family and Friendship Ties among Canada's Seniors*. Ottawa: Statistics Canada.

- 65) National Advisory Council on Aging. (1990d) *The NACA Position on Informal Caregiving: Support and Enhancement*. Ottawa: the Council.

Health and Welfare Canada (1993), op. cit.

- 66) Committee on Abuse of the Elderly. (1989) *Growing Old ... and Remaining Free*. Report of the Committee. [Montreal]: Quebec Ministry of Health and Social Services.
- Redknap, R. (1988) "Potential for Abuse of Alzheimer Victims is Great," *AlzheimerRapport*, 11, 3: 1.
- 67) Martin Matthews, A. (1992) *Widowhood in Later Life*. Toronto: Butterworths.
- Medalie, J. (1990) "Bereavement: Health Consequences and Prevention Strategies," in Goldbloom R. and Lawrence R. eds. *Preventing Disease: Beyond the Rhetoric*. New York: Springer Verlag: 168-178.
- 68) The next generation of older seniors, those who were having their families between 1930 and 1950, had fewer children due to the Depression and the Second World War. They may, in fact, have a considerably smaller pool of offsprings on whom to depend for support and assistance.
- 69) Health and Welfare Canada (1993), op. cit.
- 70) Ibid.
- 71) Ibid.
- 72) Driedger, L. and Chappell, N. (1987) *Aging and Ethnicity: Toward an Interface*. Toronto: Butterworths.
- 73) Wigdor, B. (1991) *Elder Abuse: Major Issues from a National Perspective*. Forum Collection. Ottawa: National Advisory Council on Aging.
- Laliberté, L. (1989) "Les masques de la violence," *L'Infirmière canadienne*, 85, 11: 32-34.
- 74) St-Arnaud, F. (forthcoming 1993) "Le principe de l'autonomie de la personne et le droit à l'autodétermination, tels qu'appliqués au processus décisionnel concernant les traitements de fin de vie," in National Advisory Council on Aging ed. *Ethics and Aging*. Ottawa: the Council.
- 75) Cranley Glass, K. (forthcoming 1993) "Ethical Principles and Age-Based Rationing of Health Care Goods and Services," in National Advisory Council on Aging ed. *Ethics and Aging*. Ottawa: the Council.

POSITION PAPERS
OF THE
NATIONAL ADVISORY COUNCIL ON AGING

1. Priorities for Action, 1981 (out-of-print).
2. Maximizing Choices: A Housing Policy for Canadians, 1985 (out-of-print).
3. An Improved Retirement Income System for Canadians, 1985 (out-of-print).
4. Implementation of an Independent Living Incentive Program (ILIP), April 1986 (out-of-print).
5. Response to the Consultation Paper on Survivor Benefits under the Canada Pension Plan, November 1987 (out-of-print).
6. NACA's Position on Long Term Care, April 1988 (out-of-print).
7. The NACA Position on the Goods and Services Tax, February 1990.
8. The NACA Position on Community Services in Health Care for Seniors, February 1990.
9. The NACA Position on Informal Caregiving: Support and Enhancement, September 1990.
10. The NACA Position on Lifelong Learning, October 1990.
11. The NACA Position on Gerontology Education, December 1991.
12. The NACA Position on Managing an Aging Labour Force, February 1992.
13. The NACA Position on Canada's Oldest Seniors: Maintaining the Quality of their Lives, January 1993.

Acknowledgements

The Council acknowledges with thanks the contribution made to *The NACA Position on Canada's Oldest Seniors: Maintaining the Quality of their Lives* by the staff of the National Advisory Council on Aging.

Research:	Judith Stryckman
Editing:	Francine Beauregard Renée Blanchet
Formatting:	Josée Mongeon

Remerciements

Le Conseil remercie le personnel du Conseil consultatif national sur le troisième âge pour sa contribution soutenue à l'élaboration de *La position du CCNTA sur le quatrième âge au Canada: Maintenir la qualité de la vie*.

Recherche: Judith Stryckman

Edition: Francine Beauregard

Renée Blanchet

Présentation: Josée Mongeon

POSITIONS DU
CONSEIL CONSULTATIF NATIONAL
SUR LE TROISIÈME ÂGE

1. Priorités d'action, 1981 (épuisé).
2. Maximiser les choix: une politique de logement pour les Canadiens, mars 1985 (épuisé).
3. Un meilleur système de revenu de retraite pour les Canadiens, mars 1985 (épuisé).
4. Mise sur pied d'un Programme Vie Autonome (PVA), avril 1986 (épuisé).
5. Réponse au document de consultation sur les prestations de survivant prévues dans le Régime de pensions du Canada, novembre 1987 (épuisé).
6. Position du CCNTA sur les soins de longue durée, avril 1988 (épuisé).
7. La position du CCNTA sur la taxe sur les produits et services, février 1990.
8. La position du CCNTA sur les services communautaires dans les soins aux aînés, mars 1990.
9. La position du CCNTA sur l'aide informelle: soutien et mise en valeur, septembre 1990.
10. La position du CCNTA sur l'éducation continue, octobre 1990.
11. La position du CCNTA sur la formation en gériatologie, décembre 1991.
12. La position du CCNTA sur la gestion d'une population active vieillissante, février 1992.
13. La position du CCNTA sur le quatrième âge au Canada: Maintenir la qualité de la vie.

- 66) Comité sur les abus exercés à l'endroit des personnes âgées. (1989) *Vieillesse ... en toute liberté*. Rapport du Comité. [Montréal]: Ministère québécois de la Santé et des services sociaux.
- Redknap, R. (1988) "Potential for Abuse of Alzheimer Victims is Great," *AlzheimerRapport*, 11, 3: 1.
- 67) Martin Matthews, A. (1992) *Widowhood in Later Life*. Toronto: Butterworths.
- Medalie, J. (1990) "Bereavement: Health Consequences and Prevention Strategies," in Goldbloom R. et Lawrence R. eds. *Preventing Disease: Beyond the Rhetoric*. New York: Springer Verlag: 168-178.
- 68) La prochaine génération de personnes du quatrième âge, celles qui ont fondé leur famille entre 1930 et 1950, ont eu moins d'enfants à cause de la Grande Dépression et de la Seconde Guerre mondiale. Il se peut, en réalité, qu'elles aient une progéniture beaucoup moins importante sur laquelle elles peuvent compter pour trouver aide et soutien.
- 69) Santé et Bien-être social Canada (1993), op. cit.
- 70) Ibid.
- 71) Ibid.
- 72) Driedger, L. et Chappell, N. (1987) *Ageing and Ethnicity: Toward an Interface*. Toronto: Butterworths.
- 73) Wigdor, B. (1991) *La violence faite aux aînés-e-s: une perspective nationale*. Collection Forum. Ottawa: Conseil consultatif national sur le troisième âge.
- LaLiberté, L. (1989) "Les masques de la violence," *L'Infirmière canadienne*, 85, 11: 32-34.
- 74) St-Arnaud, F. (à paraître, 1993) "Le principe de l'autonomie de la personne et le droit à l'autodétermination, tels qu'appliqués au processus décisionnel concernant les traitements de fin de vie," in Conseil consultatif national sur le troisième âge éd. *Les questions éthiques et le vieillissement*. Ottawa: le Conseil.
- 75) Cranley Glass, K. (à paraître, 1993) "Principes éthiques et rationnement des biens et services de santé en fonction de l'âge," in Conseil consultatif national sur le troisième âge éd. *Questions éthiques et vieillissement*. Ottawa: le Conseil.

- 57) MacLean, M. et Bonar, R. (1986) "Ethnic Elderly People in Long-term Care Facilities of the Dominant Culture: Implications for Social Work Practice and Education," *International Social Work*, 29: 227-236.
- 58) Les aîné-e-s qui utilisent des chaises roulantes ont des problèmes de mobilité particuliers. La majorité des autobus adaptés et quelques taxis sont équipés d'élevateurs qui montent la chaise roulante de la rue à l'intérieur du véhicule. Toutefois, peu de véhicules sont équipés de ces éleveurs et rares sont les maisons ou édifices publics qui ont des rampes d'accès. On a inventé à leur intention des rampes extensibles portatives qui sont légères et très utiles.
- Pour plus de renseignements, communiquez avec ARCOR (agence canadienne de développement de produits de réadaptation pour les aîné-e-s), 265, avenue Notre-Dame, Winnipeg, Manitoba R3B 1N9. Tel: (204) 943-9400.
- Hodge, G. et McKay, L. (1992) *Small Town Seniors and their Freedom to Move*. Rapport final sur le Projet d'autonomie des aîné(e)s N° 4687-9-88/029. Burnaby, C.-B.: Gerontology Research Centre, Simon Fraser University.
- 59) Suen, L. et al. (1989) *Transportation for Elderly Canadians: An Overview of TDC Related Research Activities*. Présentation à la rencontre annuelle de l'Association canadienne de gérontologie.
- U.S. Transportation Research Council. (1988) *Transportation in an Aging Society*. 2 volumes. Rapport spécial N° 218. Washington, DC: TRC.
- 60) Santé et Bien-être social Canada (1993), op. cit.
- 61) Conseil consultatif national sur le troisième âge. (1989) *Pour mieux comprendre l'autonomie des aîné(e)s*. Rapport N° 1. Les obstacles et les avenues de solutions. Ottawa: le Conseil.
- 62) Krause, N. (1987) "Life Stress, Social Support, and Self-Esteem in an Elderly Population," *Psychology and Aging*, 2, 4: 349-356.
- 63) Johnson, C. et Troll, L. (1992) "Family Functioning in Late Life," *Journal of Gerontology*, 47, 2: 566-72.
- 64) Stone, L. (1988) *Liens de famille et d'amitié chez les Canadiens âgés*. Ottawa: Statistique Canada.
- 65) Conseil consultatif national sur le troisième âge. (1990d) *La position du CCNTA sur l'aide informelle: Soutien et mise en valeur*. Ottawa: le Conseil.
- Santé et Bien-être social Canada (1993), op. cit.

- Shapiro, E. (1991) "Home Care: Where Is It and Where Should It Be Going?" in Wells, Lillian M. *An Aging Population: The Challenge for Community Action*. Toronto: University of Toronto: 18-43.
- 51) Ontario Nurses Association. (1986) *Palliative Care in Ontario*. Document de principe, N° 4. Toronto: ONA.
- Fisher, R. et al. (1983) "Management of the Dying Elderly Patient," *Journal of the American Geriatrics Society*, 31, 9: 563-564.
- Plante, A. (1989) "Nouveautés et raffinement en soins palliatifs," *L'Infirmière canadienne*, 85, 7: 33-40.
- MacLean, M. (1989) "Quality of Life in Terminal Care with Institutionalized Ethnic Elderly People," *International Social Work*, 32: 209-221.
- 52) L'expression «institution» se réfère ici à tous les services ou institutions de soins de longue durée, allant des services résidentiels ou de soins personnels aux hôpitaux de soins prolongés ou de soins chroniques.
- 53) Statistique Canada (1992a), op. cit.
- Conseil consultatif national sur le troisième âge. (1988) *Info-Âge*, 1, 2.
- Schwenger, C. (1989) "Institutionalization of Elderly Canadians: Future Allocations to Non-health Sectors," in Lewis, Stephen J. éd. *Aging and Health: Linking Research and Public Policy*. Chelsea, MI: Lewis Publishers: 213-224.
- 54) *Une Charte des Droits et Libertés, Pourquoi!* (s.d.) Résidence Yvon-Brunet, Montréal, Qc.
- Conseil consultatif national sur le troisième âge (1992b), op. cit.
- L'Écuyer (1992), op. cit.
- 55) Wells, C. et al. (1986) *To Enhance Quality of Life in Institutions: An Empowerment Model in Long Term Care: A Partnership of Residents, Staff and Families*. Toronto: Faculty of Social Work, University of Toronto.
- Conseil consultatif national sur le troisième âge. (1991c) "Vivre dans la communauté ou en établissement?" *Expression*, 7, 3.
- 56) Grant, P. (1985) "Who Experiences the Move into a Nursing Home as Stressful?" *Canadian Journal on Aging*, 4, 2: 87-99.

- 44) Société canadienne d'hypothèques et de logement. (1989) *Logements pour les Canadiens âgés: les choix*. Compte rendu de la conférence du même nom. Ottawa: SCHL.
- 45) Brink, S. (1992) *Housing for Seniors 75+*. Présentation aux membres du Conseil consultatif national sur le troisième âge. 27 mai.
- Santé et Bien-être social Canada (1993), op. cit.
- 46) Gutman, G. et Blackie, N. éds. (1990) *Housing the Very Old*. Burnaby, C.-B.: Gerontology Research Centre, Simon Fraser University.
- 47) Conseil consultatif national sur le troisième âge. (1992e) *Loger une population vieillissante*, 2^e édition. Ottawa: le Conseil.
- Société canadienne d'hypothèques et de logement. (1992) *Logements adaptés: aînés autonomes*. Guide. Ottawa: SCHL.
- 48) Société canadienne d'hypothèques et de logement. (1990) *Logement pour les Canadiens âgés: nouveaux mécanismes financiers et modes d'occupation*. Ottawa: SCHL.
- Société canadienne d'hypothèques et de logement. (1991) *Les prêts hypothécaires de conversion: nouvelles options financières pour les propriétaires du troisième âge*. Ottawa: SCHL.
- 49) Shapiro, E. (1989) *A Cross-Canada Tour of Home Care*. Présenté à la Nova Scotia Conference on Home Care.
- Nahmias, D. et Reis, M. (1992) *Étude exploratoire des services privés de soins à domicile*. Ottawa: Division de la santé communautaire, Direction générale des services et de la promotion de la santé, Santé et Bien-être social Canada.
- 50) Santé et Bien-être social Canada. (1990) *Rapport sur les soins à domicile*. Ottawa: Approvisionnements et Services Canada.
- Association des médecins du Canada. (1992) *La décentralisation des services de santé au Canada et à l'étranger*. Ottawa: AMC.
- Chichin, E. et Cantor, M. (1992) "The Home Care Industry: Strategies for Survival in an Era of Dwindling Resources," *Journal of Aging and Social Policy*, 4, 1/2: 89-106.

- 36) Cappeliez, P. (1988) "Quelques considérations sur la prévalence et l'étiologie des états dépressifs de la personne âgée," *La revue canadienne du vieillissement*, 7, 4: 417-440.
- McEwan, K. et al. (1991) *Troubles mentaux chez les personnes âgées au Canada: considérations d'ordre démographique et épidémiologique*. Ottawa: Approvisionnements et Services Canada.
- 37) Wigdor, B. (1990) *Mental Health and Aging*. Présentation lors de la conférence Le vieillissement au 21^e siècle, tenue à Ottawa.
- Cappeliez, P. (1991) "La dépression, la solitude et le deuil chez les personnes âgées," in Conseil consultatif national sur le troisième âge. *Santé mentale et vieillissement*. Ottawa: le Conseil: 23-44.
- 38) McEwan, op. cit.
- 39) Herrmann, N. (1991) "La confusion et la démence chez les personnes âgées" in Conseil consultatif national sur le troisième âge. *Santé mentale et vieillissement*. Ottawa: le Conseil: 45-62.
- Gutman, op. cit.
- 40) Asbury, C. et Henry, R. (1991) "Day Programs for Dementia: Responding to the Market," *Perspective on Aging*, Juillet/Août: 25-27.
- Ehrlich, P. et al. (1991) "TOPS: A Consumer Approach to Alzheimer's Respite Programs," *The Gerontologist*, 31, 5: 686-691.
- Gutman, op. cit.
- 41) Gutman, op. cit.
- 42) Santé et Bien-être social Canada (1993), op. cit.
- En comparaison, plus de 70 % des hommes de 80+ ans vivant dans la communauté habitent avec leur femme et (ou) leurs enfants.
- 43) Shapiro, E. et Roos, N. (1987) "Predictors, Patterns and Consequences of Nursing-home Use in One Canadian Province," in Marshall, V. éd. *Aging in Canada: Social Perspectives*, 2^e édition. Toronto: Fitzhenry & Whiteside: 520-537.
- Williams, M. (1987) "Identifying the Older Person Likely to Require Long-term Care Services," *Journal of the American Geriatrics Society*, 35: 761-766.

- 29) Barbeau, op. cit.
- Stewart, N. et Richardson, J. (1989) "A Method to Examine Confusion-Potentiating Medications in Studies of the Institutionalized Elderly," in *Aging and Health: Linking Research and Public Policy*. Chelsea, MI: Lewis Publishers.
- Dumas, op. cit.
- Une étude sur les données d'un régime pharmaceutique provincial a montré que 35 % des ordonnances prescrites aux 75+ ans comprenaient des tranquillisants et des sédatifs, et que 27 % d'entre elles comprenaient des psychotropes.
- Tuominen, J. (1988) "Prescription Drugs and the Elderly in B.C.," *Canadian Journal on Aging*, 7, 3: 174-182.
- 30) Tuominen, op. cit.
- Dumas, op. cit.
- 31) MacLeod, F. (1988) "Adult Incontinence," *The Canadian Nurse*, 84, 8: 45-47.
- 32) Resnick, N. et al. (1989) "The Psychopathology of Urinary Incontinence among Institutionalized Elderly Persons," *New England Journal of Medicine*, 320: 1-7.
- 33) Ibid.
- 34) Barker, J. et Mitteness, L. (1989) "Shedding Light on Nocturia," *Geriatric Nursing*, 10, 5: 239-240.
- Flaherty, J. et al. (1992) "Impact on Caregivers of Supporting Urinary Function in Noninstitutionalized, Chronically Ill Seniors," *The Gerontologist*, 32, 4: 541-545.
- Resnick, op. cit.
- 35) D'Arcy, C. (1987) "Aging and Mental Health," in Marshall, V. éd. *Aging in Canada: Social Perspectives*, 2^e édition. Toronto: Fitzhenry & Whiteside: 424-450.
- Champagne, R. et al. (1992) *La vieillesse: voie d'évitement ou voie d'avenir*. Boucherville, Qc: Gaétan Morin.

- 22) Santé et Bien-être social Canada (1993), op. cit.
- Dunn, P. (1989) *Obstacles auxquels font face les personnes âgées ayant une incapacité au Canada*. Ottawa: Approvisionnement et Services Canada.
- Statistique Canada. (1992b) "Enquête sur la santé et les limitations d'activités - 1991," *Le Quotidien*, 13 octobre.
- Toutefois, lorsqu'on leur a demandé comment ils s'adaptent à leurs limitations, 85 % des 80+ ans ont dit qu'ils s'adaptent bien ou très bien.
- 23) *Maladies chroniques au Canada*. (1988) Numéro spécial "Problèmes de santé des personnes âgées," 9, 5.
- Simmons-Tropea, D. et Osborn, R. (1987) "Disease, Survival and Death: The Health Status of Canada's Elderly," in Marshall, V. éd. *Ageing in Canada: Social Perspectives*, 2^e édition. Toronto: Fitzhenry & Whiteside: 399-423.
- 24) Conseil consultatif national sur le troisième âge. (1989) *L'évaluation gériatrique - L'expérience canadienne*. Ottawa: le Conseil.
- Conseil consultatif national sur le troisième âge. (1991b) *Évaluation gériatrique et traitement: Les membres de l'équipe*. Ottawa: le Conseil.
- Conseil consultatif national sur le troisième âge. (1992d) "Soigner la maladie, rétablir les malades," *Expression*, 8, 1.
- 25) Shapiro, E. (1991) *Manitoba Health Care Studies and their Policy Implications*. Winnipeg: Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation, University of Manitoba.
- 26) Barer, M. et al. (1987) "Ageing and Health Care Utilization: New Evidence on Old Fallacies," *Social Science and Medicine*, 24, 10: 851-862.
- Rachlis, M. et Kushner, C. (1989) *Second Opinion: What's Wrong With Canada's Health Care System and How to Fix It*. Toronto: Collins.
- 27) Dumas, J. (1986) "Survivre à ses pilules ... dans la dignité," *Les agressions thérapeutiques au 3^e âge: Le rôle des intervenants. Les Cahiers des journées de Formation Annuelle du Sanatorium Bégin*, N° 2.
- 28) Barbeau, G. et al. eds. (1991) *Médicaments et personnes âgées*. Saint-Hyacinthe, QC: Edisem.

- 17) Erikson, E. et al. (1986) *Vital Involvement in Old Age: The Experience of Old Age in Our Time*. New York: Norton.
- Conseil consultatif national sur le troisième âge. (1990) *La position du CCNTA sur les services communautaires dans les soins aux aîné(e)s*. Ottawa: le Conseil.
- Conseil consultatif national sur le troisième âge. (1990) *La position du CCNTA sur l'éducation continue*. Ottawa: le Conseil.
- 18) Conseil consultatif national sur le troisième âge. (1990) *Pour mieux comprendre l'autonomie des aîné(e)s. 2^e Rapport. Leurs stratégies de prise en charge*. Ottawa: le Conseil.
- Wong, P. (1989) "Personal Meaning and Successful Aging," *Canadian Psychology*, 30, 3: 516-525.
- Conseil consultatif national sur le troisième âge. (1992c) "Vieillir et le sens de la vie," *Expression*, 8, 4.
- Minkler, M. et Pasick, R. (1986) "Health Promotion and the Elderly: A Critical Perspective on the Past and Future," in Dychtwald, K. éd. *Wellness and Health Promotion for the Elderly*. Rockville, MD: Aspen Publishers.
- 19) L'Écuyer, R. (1992) *Le concept de soi des personnes âgées de 80 ans et plus et leurs perceptions de leur autonomie*. Présentation aux membres du Conseil consultatif national sur le troisième âge. 27 mai.
- McPherson, op. cit.
- 20) McPherson, op. cit.
- Santé et Bien-être social Canada. (1989) *Action santé: les aîné(e)s*. Ottawa: Approvisionnements et Services Canada.
- Fiatrone, M. et Evans, W. (1990) "Exercise in the Oldest Old," *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 5, 2: 63-77.
- 21) Bisch, L. et al. (1989) "Structure de la répartition temporelle et géographique de la mortalité et de la morbidité dues à un accident vasculaire cérébral chez les Canadiens de 65 ans et plus," *Maladies chroniques au Canada*, 10, 4, juillet: 63-67.
- Mann, K. et al. (1990) "Postmenopausal Osteoporosis and Fractures," in Goldbloom, R. et Lawrence, R. *Preventing Disease: Beyond the Rhetoric*. New York: Verlag: 212-230.

- Perreault, J. (1992) "Centenaire, moi? Pourquoi pas?" *Recensement du Canada 1991-Chroniques du recensement*, 2: 1-4.
- Hill, G. (1990) "La mortalité chez les personnes âgées au Canada: Tendances de la cohorte," *Maladies chroniques au Canada*, 11, 1, janvier: 1-4.
- Statistique Canada. (1991) *Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires*. N° de cat. 91-520. Ottawa: Statistique Canada.
- 9) Statistique Canada. (1989) *Tables de mortalité, Canada et provinces 1985-1987*. N° de cat. 84-532. Ottawa: Statistique Canada.
- 10) Statistique Canada. (1990) *Un portrait des aînés au Canada*. N° de cat. 89-519. Ottawa: Statistique Canada.
- 11) Santé et Bien-être social Canada. (à paraître, 1993) *Vieillessement et autonomie: Aperçu d'une enquête nationale*. Ottawa: Approvisionnement et Services Canada.
- 12) Statistique Canada. (1991) *Répartition du revenu au Canada selon la taille de revenu 1990*, Tableau 47. N° de cat. 13-207. Ottawa: Statistique Canada.
- Les limites de revenu utilisées comme base de classification de «bas revenu» se réfèrent au fait que les individus qui ont un revenu inférieur à ces limites dépendent, en moyenne, 58,5 % ou plus de ce revenu pour se nourrir, se loger et se vêtir. Les limites varient selon la taille des familles et des collectivités; elles augmentent chaque année en fonction de l'indice des prix à la consommation.
- 13) Ibid.
- 14) Conseil national du bien-être social. (1990) *La femme et la pauvreté, dix ans plus tard*. Ottawa: le Conseil.
- 15) Conseil consultatif national sur le troisième âge (1991a), op. cit.
- Les transferts gouvernementaux incluent la Sécurité de la vieillesse, le Supplément de revenu garanti, l'Allocation au conjoint et le Régime de pensions du Canada/Régime de rentes du Québec.
- 16) Santé et Bien-être social Canada. (1992) *Programmes de la sécurité du revenu - Statistiques mensuelles*. Ottawa: Direction générale des programmes de la sécurité du revenu, Section des statistiques sur les programmes.

NOTES

- 1) Pour les personnes âgées de 65 à 74 ans, on parle généralement de «troisième âge» ou de «jeunes aîné-e-s», et de «quatrième âge» ou de «aîné-e-s âgés» pour les personnes de 75, 80 ou 85+ ans, selon les cas. Ce document considère surtout les 80+ ans, mais selon les besoins ou en fonction des données statistiques disponibles, il fait parfois des distinctions fondées sur d'autres groupes d'âge à l'intérieur du quatrième âge.
- 2) Laforest, J. (1989) *Introduction à la gérontologie: Croissance et déclin*. Ville La Salle, QC: Hurtubise HMH.
- McPherson, B. (1990) *Aging as a Social Process: An Introduction to Individual and Population Aging*. 2^e édition. Toronto: Butterworths.
- 3) Conseil consultatif national sur le troisième âge. (1991a) *Les conditions économiques des aîné-e-s au Canada*. Ottawa: le Conseil.
- Conseil consultatif national sur le troisième âge. (1992a) *La position du CCNTA sur la gestion d'une population active vieillissante*. Ottawa: le Conseil.
- Gutman, G. éd. (1992) *Shelter and Care of Persons with Dementia*. Burnaby, C.-B.: Gerontology Research Centre, Simon Fraser University.
- Conseil consultatif national sur le troisième âge. Écrit en gérontologie N° 12. Ottawa: le Conseil.
- 5) McPherson, op. cit.
- 6) McDaniell, S. (1986) *Canada's Aging Population*. Toronto: Butterworths.
- Lesnoff-Caravaglia, G. éd. (1987) *Realistic Expectations for Long Life*. New York: Human Sciences Press.
- 7) Poon, L. éd. (1992) *International Journal of Aging and Human Development*, 37, 1. (Numéro complet porte sur l'étude des centenaires de la Georgie).
- 8) Statistique Canada. (1992a) *Age, sexe et état matrimonial: le pays*. N° de cat. 93-310. Ottawa: Statistique Canada.
- Beaujot, R. (1990) "The Challenge of Changing Demographics," *Policy Options*, Vol. 11, N° 10: 19-22.

C'est la première fois dans l'histoire que le pourcentage des 80+ ans est aussi élevé, et il augmentera encore rapidement au cours des années à venir. Ces aîné-es offrent une variété extraordinaire de forces et de faiblesses individuelles, d'histoires allant des succès les plus éclatants aux échecs les plus tragiques. Ils ont écrit les pages de notre histoire et tous les membres de la société peuvent tirer profit de leur expérience. Il est essentiel de faire appel à l'esprit de solidarité entre générations qui est ancré dans les familles et dans les communautés à travers le pays et de rappeler aux Canadiens et aux Canadiennes ce que les aîné-es ont accumulé dans le passé et les enjeux communs que nous avons tous dans le bien-être des uns et des autres.

Il ne fait pas de doute que beaucoup de personnes du quatrième âge auront besoin d'aide et de soutien dans plusieurs domaines de leur vie. Mais c'est une question de degré et de perception, l'autonomie étant en fait un suivi de divers niveaux d'autodétermination. De nombreuses personnes du quatrième âge, comme les autres membres de la société, vivent davantage dans des conditions d'interdépendance et d'entraide que dans un état de dépendance totale. Ceci mérite d'être souligné. D'après les témoignages de personnes du quatrième âge, c'est quand on a besoin des autres mais qu'on n'est plus en mesure de négocier les conditions de cette aide que la dépendance devient réellement pénible.

Le Canada peut être fier de la façon dont l'espérance de vie de ses aîné-es a été prolongée. La prochaine étape vise à s'assurer que les années supplémentaires dont jouiront les «grands aîné-es» soient des années épanouissantes et satisfaisantes et que la qualité de leur vie soit effectivement maintenue.

vie humaine sur lequel le Canada est fondé et aux codes de pratique des associations professionnelles. D'autres solutions peuvent s'avérer raisonnables et acceptables face à des problèmes très réels. Il est urgent que ces questions fassent l'objet de débats publics de fond et qu'elles soient résolues sur la base des valeurs et des normes partagées par les membres de la société.

Le CCNTA recommande que:

Les personnes du quatrième âge puissent choisir de vivre « à risque » aussi longtemps qu'elles ne sont pas jugées incompétentes et que leur choix ne présente pas de danger pour autrui.

Les différents types d'abus mettant en cause les personnes du quatrième âge, en tant que victimes ou agresseurs, soient reconnus comme tels et analysés, et qu'on développe des méthodes pour réagir efficacement à ces situations et pour les prévenir.

L'on encourage le débat public, incluant la participation du quatrième âge, afin de clarifier les valeurs individuelles, communautaires et sociales au sujet des questions éthiques comme le testament de vie, les directives anticipées, le rationnement des ressources et l'euthanasie; que les mécanismes nécessaires soient mis en place pour donner suite aux décisions prises grâce à ce débat.

CONCLUSION

Quand vous arrivez à mon âge, vous appréciez le fait de vous réveiller chaque jour. J'ai encore beaucoup à accomplir, mais je sens que le temps qui m'est alloué s'épuise. C'est frustrant, mais je sais que je dois accepter de vieillir. Je n'ai pas peur de mourir, mais je me demande où ma femme et moi pourrions aller si nous devenions malades et dépendants... ça m'inquiète.

(Homme marié, 82 ans, vivant avec son épouse en appartement)

Je fais bien plus de choses maintenant que j'aurais osé l'espérer. C'est incroyable et tellement gratifiant. On m'écoute... Avant, j'avais l'impression qu'on regardait les personnes de 80+ ans de travers, même quand elles se comportaient normalement. Si je prends quelqu'un à partie au sujet d'une politique de services auxiliaires à domicile, les gens restent bouche bée. Quand je pose des questions embarrassantes, on me répond souvent que je suis trop vieille pour parler comme ça.

(Femme, 82 ans, vivant avec son mari en appartement)

souvent la question de la sécurité fondamentale des personnes et on remet en question leur droit de choisir de vivre « à risque », ce qu'on n'oserait jamais faire dans le cas d'un adulte plus jeune.

On accorde un intérêt croissant à la question de l'abus au quatrième âge, que ce soit aux plans physique, émotif ou financier. Les estimés touchant l'incidence des cas d'abus et de négligence varient entre 3 et 5 %; toutefois, on s'accorde à dire que ces données sous-estiment probablement la réalité. Les très âgés-s, les aînés-s très dépendants et dont la santé est fragile sont les plus vulnérables. La tâche souvent stressante de fournir des soins aux aînés-s fragiles, surtout s'ils ont des problèmes physiques ou cognitifs graves, peut mener à un cercle vicieux de violence dans lequel l'aîné-s répond par la violence à une situation où il est, ou bien se perçoit être, la victime de l'abus. Cet état de choses montre une carence très grave au niveau de la formation et du soutien des aidant-s formels et informels qui font face à des tâches très exigeantes.⁷³

La question des choix au sujet du traitement médical est un autre sujet qui intéresse le quatrième âge au plus haut point. Le droit et les principes moraux d'aujourd'hui exigent que les médecins dévoilent à leurs patient-s leur diagnostic, leur pronostic et les options disponibles. Après avoir fait des recommandations, ils doivent recevoir le consentement informé de leur patient-e avant de procéder à des traitements. Normalement, cette façon de faire assure que les patient-s sont protégés contre toute forme d'intervention non désirée. Toutefois, la santé fragile et les capacités cognitives diminuées de patient-s très âgés compliquent cette pratique. De plus, les décisions concernant l'utilisation de technologies pour ressusciter un individu ou le garder en vie à l'aide de moyens artificiels doivent souvent être prises très rapidement. Les problématiques concernant la prise de décision par une tierce personne émergent souvent dans un tel contexte. Il est important d'examiner les fondements de ces décisions et les rôles respectifs de l'individu, de la famille et des professionnels dans cette prise de décision.⁷⁴

Bien qu'il soit inacceptable de limiter les soins de santé à un segment donné de la population en invoquant pour cela uniquement des raisons d'âge, le rationnement des ressources en fonction de l'efficacité attendue des interventions est une toute autre question. On s'accorde en général à dire qu'une intervention est justifiée quand on peut raisonnablement s'attendre à une amélioration de la santé ou de la qualité de vie du patient-e; encore faut-il déterminer ce qu'est une attente raisonnable.⁷⁵

La société canadienne ne peut pas ne pas s'attarder à ces questions éthiques, de même qu'à d'autres questions touchant à la vie et à la mort, par exemple, l'euthanasie active ou passive, les testaments biologiques et les directives anticipées, sujet qui a reçu beaucoup d'attention ces dernières années. Certaines prises de position peuvent s'avérer contraires aux principes fondamentaux du respect de la

Le CCNTA recommande que:

Les services formels reconnaissent les limites, aux plans de la disponibilité et des moyens, des enfants, des parents et des ami-es en tant qu'aidant-es informels; qu'ils reconnaissent que certaines personnes du quatrième âge n'ont pas de sources fiables d'aide informelle.

L'on s'assure que les présomptions à propos des normes d'appui familial dans les collectivités ethniques et autochtones ne conduisent pas les fournisseurs de services formels à négliger de fournir l'aide qui soit nécessaire et qui tienne compte de la spécificité culturelle de ces groupes.

9. LES QUESTIONS ÉTHIQUES

J'ai voulu continuer à vivre seul. Mes enfants s'inquiétaient de moi et téléphonent souvent. Ils m'ont déjà proposé de venir vivre avec eux, mais je veux rester ici aussi longtemps que possible. Ils me donnent un coup de main pour payer mon système «Lifeline» chaque mois pour que je puisse avoir de l'aide rapidement si j'ai un problème.
(Veuve, 79 ans, vivant seul en appartement)

J'avais perdu l'usage de mon oeil droit, il y a plusieurs années, et j'ai commencé à perdre l'autre il y a environ huit ans. Au fur et à mesure que ma vue baissait, je devenais de plus en plus déprimé. J'ai hésité à avoir un implant à cause de l'échec de l'opération d'un de mes amis. Mais quand je ne pouvais presque plus voir du tout, j'ai changé d'avis. Ma vie a été transformée et je me sens renaitre. Je pense qu'il y a une raison de vivre et j'apprécie chaque jour maintenant que je peux voir. (Veuve, 94 ans, vivant en centre d'accueil)

La condition du quatrième âge donne lieu à plusieurs questions éthiques qui revêtent une importance spéciale pour la qualité de la vie de cette population, dès maintenant et pour l'avenir. Il s'agit, entre autres, des questions suivantes: le choix de vivre «à risque» malgré la perte d'autonomie; l'incidence des traitements abusifs à l'endroit du quatrième âge; le droit de participer à la prise de décisions concernant les services sociaux et de santé à recevoir et le droit de les refuser; la question d'autoriser d'autres personnes à prendre des décisions pour une personne jugée incompétente; et les critères à utiliser pour limiter l'accès aux services.

Pouvoir choisir comment on mène sa vie est une condition essentielle à l'estime de soi et à la dignité personnelle. Dans le cas du quatrième âge survient

En 1991, 63 % des 80+ ans vivant dans la communauté avaient au moins deux enfants vivants. La cohabitation avec d'autres générations n'est pas aussi rare qu'on pourrait le penser. Environ 15 % des 80+ ans vivent avec un ou plusieurs de leurs enfants. Ce pourcentage était environ deux fois plus élevé pour les femmes (19 %) que pour les hommes (9 %). La cohabitation est un moyen de s'assurer une source d'aide et de protection, ainsi qu'un rempart contre l'isolement et la solitude.⁶⁹

Environ 74 % des personnes de 80+ ans vivant dans la communauté ont au moins une soeur ou un frère qui vit encore et avec qui elles entretiennent des contacts assez fréquents. À peu près 13 % de ces aîné-e-s ont déclaré communiquer avec un ou plusieurs de leurs frères et soeurs au moins une fois par semaine et 18 %, au moins une fois par mois.⁷⁰

Il n'est pas surprenant que les amitiés soient maintenues malgré l'avance en âge. Lors d'une enquête menée récemment auprès d'aîné-e-s vivant dans la collectivité, 48 % des 80+ ans ont déclaré avoir encore au moins deux ami-e-s proches. Au quatrième âge, la fréquence des rapports avec les ami-e-s est élevée. Si 15 % des aîné-e-s communiquent tous les jours avec au moins un ou une amie, 42 % ont au moins un rapport hebdomadaire. Les ami-e-s du même âge, ainsi que les frères et soeurs, peuvent souvent être des points de référence l'un pour l'autre; ils partagent une histoire et des valeurs communes, sans compter l'assistance et l'entraide. On sait également que les ami-e-s sont rarement ceux qui offrent des soins personnels à long terme aux aîné-e-s. Chez les 90+ ans, toutefois, il arrive fréquemment qu'ils aient survécu à plusieurs membres de leur famille et qu'ils aient un nombre limité d'ami-e-s.⁷¹

Les relations entre les aîné-e-s et leur famille présentent un défi particulier chez les groupes autochtones et ethniques. Les services sociaux et de santé présument souvent qu'ils n'ont pas besoin de services, croyant que la tradition de l'aide aux parents âgés qui demeurent partie de la famille élargie, en dépit de leur grand âge et d'infirmités graves. Il est probable qu'à l'avenir les besoins de ces personnes dépasseront, en quantité et en complexité, les soins que la famille pourra fournir. Plusieurs groupes autochtones et ethniques expriment déjà le besoin d'avoir les mêmes établissements et services dont se prévalent les autres aîné-e-s du Canada, quoique assortis selon leur contexte culturel.⁷² Plus de recherches sont nécessaires pour déterminer le niveau d'accommodation culturelle requis par ces individus. Plusieurs facteurs doivent être pris en compte, incluant le nombre d'années passées au Canada, l'âge au moment de l'immigration et le niveau de connaissance d'une des langues officielles.

L'on reconnaît les limites à la capacité qu'ont les aînés du quatrième âge d'aider leur conjoint et qu'on leur offre le soutien nécessaire, que ce soit des services de relève, des centres de jour, des centres multifonctionnels pour aînés ou d'autres services à domicile.

L'on offre du counselling adapté et de l'aide pratique aux aînés du quatrième âge qui viennent de connaître le veuvage, et qu'on s'attache aux besoins spéciaux des veufs plus âgés.

8.3 Les enfants, les parents et les ami-e-s

Je me sens beaucoup plus vulnérable depuis la mort de mon mari. Je compte beaucoup sur mes enfants. S'ils ne m'aidaient pas, je devrais quitter ma maison. Je ne peux plus monter les escaliers comme avant. Je ne peux pas sortir. Je ne peux même pas aller à l'église.
(Veuve, 86 ans, vivant seule au deuxième étage de sa maison; elle loue le rez-de-chaussée)

Je m'occupe de ma fille qui a subi des lésions au cerveau: elle a maintenant 46 ans et vit en institution, à quelques rues d'ici. Je vais la chercher tous les dimanches. Ma femme passe tous les après-midi avec elle. (Homme, 80 ans, vivant avec sa femme dans leur maison)

Je m'ennuie vraiment des ami-e-s que j'ai perdus. Et par-dessus tout, c'est de n'avoir personne à qui parler de l'actualité ou de mes rencontres, à qui raconter ma journée quand je viens de faire des courses ou une sortie. Parfois, je me surprends à me dire: «Il faut que je raconte cela à Marie»; puis, je me rappelle qu'elle est décédée. Avant, nous étions un bon groupe de six amies. Maintenant, je suis la seule qui reste.
(Veuve, 87 ans, vivant dans un ensemble résidentiel pour aîné-e-s)

Au quatrième âge, la famille et les ami-e-s représentent une importante source de soutien affectif et d'aide pratique. Les cohortes contemporaines d'aîné-e-s jeunes et moins jeunes ont une progéniture relativement abondante (enfants et petits-enfants) qui devrait théoriquement pouvoir les aider.⁶⁸ Bien entendu, à cause de facteurs comme l'éloignement géographique, la nature des relations familiales ou amicales, la santé et les considérations financières, la famille et les ami-e-s peuvent être plus ou moins capables ou désireux d'aider.

Nous avons enseigné tous les deux et avons pris notre retraite au même moment. Nous apprécions vraiment cette époque de notre vie ensemble. J'adore mes fleurs et mon jardin. Ma femme joue de l'orgue à l'église. Nous participons tous les deux à des activités pour les aîné-e-s et nous sortons très souvent. Nous avons parlé d'acheter un condo et envisagé un continuum de soins dans la collectivité. Ce que nous voulons avant toute chose, c'est rester ensemble.

(Homme, 91 ans, vivant avec sa femme dans leur maison)

Je vis seule ici depuis que mon mari est mort, il y a deux ans et demi. Ma santé s'est considérablement améliorée depuis cette date. Les dernières années avaient été très fatigantes. Je crois que je n'ai pas dormi plus de deux nuits entières par semaine pendant quatre ans.

(Veuve, 82 ans, vivant en centre d'accueil)

Avoir un mariage intact au quatrième âge est l'un des meilleurs moyens de rester en bonne santé, de bien manger, de rester intégré à la société et d'éviter le placement en établissement. Etant donné que les femmes épousent généralement des hommes qui ont entre trois et dix ans de plus qu'elles et que leur espérance de vie est d'environ sept ans supérieure à celle des hommes, ce sont les aînées mariées qui sont le plus souvent appelées à s'occuper d'un conjoint malade. Ceci arrive à un moment de leur vie où leurs propres capacités physiques peuvent aussi être réduites. La situation de ces femmes mérite une attention particulière dans la mesure où les efforts qu'elles sont amenées à déployer risquent, à long terme, de les vider de leurs ressources psychologiques et physiques. Le danger de mauvais traitements ou de négligence de la part du conjoint, que ce soit volontaire ou non, est tout à fait réel. Les structures conventionnelles de soins de santé peuvent, en fin de compte, devoir s'occuper non pas d'un, mais de deux patients.⁶⁶

Comme on l'a déjà signalé, le veuvage est courant au quatrième âge, surtout chez les femmes. En 1991, on comptait 33 % de veufs chez les 80 à 84 ans, contre 67 % de veuves dans le même groupe d'âge. L'écart entre les deux sexes est beaucoup moins important dans le groupe des 85 à 89 ans, où le pourcentage de veufs est de 54 %, contre 71 % de veuves. Après une période d'adaptation parfois très pénible, la plupart des femmes ont tendance à s'adapter plus aisément au veuvage que les hommes, même si elles sont plus désavantagées sur le plan économique. Les veufs, quant à eux, ont plus de mal à s'adapter psychologiquement.⁶⁷

personnes handicapées, surtout dans les petites villes et en milieu rural.

L'on offre des cours de recyclage en conduite automobile au quatrième âge et que l'on vérifie périodiquement l'acuité visuelle de ces personnes, ainsi que la vitesse de leurs réactions dans des situations complexes.

8. LES RELATIONS INTERPERSONNELLES

Le réseau que constitue la famille et les ami-e-s est souvent une importante source d'appui, d'aide et d'échange de services pour les personnes de tous âges; le quatrième âge n'y fait pas exception. Un réseau social fort semble protéger les individus des effets psychologiques les plus perturbateurs des stress de la vie.⁶² Les aîné-e-s se tournent en grande majorité vers ces sources informelles, recevant l'aide et en fournissant également dans des domaines aussi variés que les soins physiques, l'appui affectif et psychologique, l'aide financière, l'assistance pratique et les loisirs. La famille et les ami-e-s peuvent aussi être des sources importantes d'information et servir de médiateurs ou facilitateurs pour les personnes du quatrième âge devant communiquer avec les fournisseurs de services et la bureaucratie.⁶³

8.1 Les relations familiales et sociales

Avec les années, les parents et ami-e-s peuvent se faire plus rares et les aîné-e-s peuvent avoir plus de mal à trouver des aidant-e-s. Comme elles vivent souvent seules, les femmes du quatrième âge peuvent avoir moins de sources d'appui social et matériel. Celles dont les relations avec la famille sont moins étroites risquent plus que les autres de se retrouver en établissement.⁶⁴

Environ 80 % de l'aide fournie aux aîné-e-s vivant dans la communauté leur vient de la famille et des ami-e-s. Pour 68 % des hommes mariés de 80+ ans et vivant dans la communauté, cette aide vient le plus souvent de l'épouse. Pour les femmes du même âge, dont les deux tiers sont veuves, c'est normalement une fille qui est la plus grande source d'aide. Le mari est la deuxième source. À défaut, c'est souvent un des fils, sinon les frères, les soeurs et les ami-e-s.⁶⁵

Dans le cas des aîné-e-s qui ont conservé des relations étroites avec la famille et les ami-e-s, il y a souvent un échange continu de services. Les femmes fournissent des services de garde d'enfants et les hommes, des travaux d'entretien de la maison ou du jardin auprès des autres membres de la famille.

L'on fournisse davantage de services de transport public régulier et alternatif, de même que du transport adapté à l'intention des

Les autorités appropriées, municipales, provinciales, territoriales ou fédérales, apportent les changements nécessaires aux routes, aux intersections et aux panneaux de signalisation (par exemple, taille du lettrage et emplacements des panneaux), et qu'elles voient à l'entretien des trottoirs et des arrêts d'autobus pour garantir la plus grande sécurité du quatrième âge, qu'il s'agisse des piétons, des gens au volant ou des usages des autobus.

Le CCNTA recommande que:

Plusieurs personnes du quatrième âge aiment la marche et on les encourage à en faire pour des raisons de santé. Cependant, les piétons de 75+ ans sont deux fois plus victimes d'accidents que n'importe quel autre groupe d'âge au Canada. Beaucoup de ces accidents se produisent quand les aîné-e-s traversent la rue ailleurs qu'aux intersections. Si l'accident n'est pas fatal, ces personnes sont beaucoup plus souvent gravement blessées que les plus jeunes, et requerront une hospitalisation plus longue. Les problèmes de vision et d'ouïe ne semblent pas avoir d'effets aussi négatifs chez les piétons âgés que chez les conducteurs et conductrices du même âge. Toutefois, les conditions environnementales, comme le design des intersections, la signalisation routière, les trottoirs inégaux, les intempéries peuvent nuire beaucoup à leur sécurité.⁶¹

Il importe aussi à d'autres personnes dans les collectivités que les aîné-e-s puissent conserver leur permis de conduire: les aîné-e-s fournissent souvent des services de transport aux autres, y compris leurs pairs. Une enquête de Statistique Canada a montré que 18 % des hommes de 80+ ans vivant dans la communauté avaient fourni de tels services au cours des six mois précédant l'enquête.⁶⁰

dont l'acuité visuelle dépasse de beaucoup celle de la plupart des personnes de 80+ ans. Le problème est encore plus grave le soir, puisque la vision nocturne et la résistance aux éblouissements baissent fortement avec l'âge. L'influence néfaste de certains médicaments peut ajouter au problème. Certaines difficultés peuvent être contrées en modifiant ses habitudes de conduite (conduire plus lentement, ne pas conduire le soir ou si on prend des médicaments) ou en améliorant ses habiletés de conduite. Plusieurs aîné-e-s apprécient les cours de recyclage qui leur sont proposés pour apprendre à mieux conduire et à adapter leurs techniques au volant à leur condition physique. Malheureusement, certains aîné-e-s hésitent à suivre ces cours de peur que leur permis soit révoqué si on doute de leurs compétences. Ces craintes sont injustifiées, puisque ces cours sont offerts par le biais des Lignes de sécurité provinciales qui sont des agences non-gouvernementales. Ce qui importe, c'est que ces cours les aideraient à éviter les accidents.⁵⁹

Ces accidents sont souvent attribuables à des problèmes d'acuité visuelle et de rapidité de réflexion. Plusieurs centres de vérification n'ont pas l'équipement nécessaire pour vérifier le temps de réaction des conductrices et conducteurs âgés. En outre, les panneaux de signalisation sur les autoroutes sont conçus pour les gens

La plupart des conducteurs et conductrices du quatrième âge tiennent beaucoup à leur permis et redoutent le jour où il pourrait leur être retiré. Les aîné-e-s sont beaucoup moins susceptibles de conduire, mais ils ont quand même le plus grand nombre d'accidents par kilomètre parcouru. Plus de 80 % des conductrices et conducteurs de 75+ ans ont été évalués par la régie de l'assurance-automobile de la Colombie-Britannique comme étant à moitié responsables de l'accident dans lequel ils étaient impliqués, comparativement à 68 % de ceux et celles de 65 à 74 ans.

Le problème du transport est particulièrement aigu pour les personnes du quatrième âge vivant en région rurale et dans les petites villes où l'on retrouve une proportion d'aîné-e-s de 80+ ans supérieure à la moyenne. Entre 25 et 30 % des aîné-e-s dans les petites villes ne conduisent pas. Plusieurs sont des veuves qui n'ont jamais appris à conduire ou des femmes dont le mari ne peut plus conduire. Leur vie quotidienne s'en trouve sérieusement restreinte. Les transports en commun ou d'autres formes de transport collectif, tels les taxis, ne sont pas toujours disponibles, sont rarement adaptés aux besoins des aîné-e-s frêles et leur coût peut être trop cher pour eux. Certaines rares collectivités ont mis sur pied des alternatives: du covoiturage effectué par des bénévoles, du taxi subventionné pour certaines populations cibles et l'usage des autobus scolaires en dehors des heures de transport écolier.⁵⁸

Les transports constituent l'un des facteurs les plus importants de la qualité de la vie au quatrième âge. Pour mener une vie satisfaisante, il faut pouvoir, hiver comme été, aller chez ses ami-e-s, faire des courses ou se rendre chez un professionnel de la santé.

J'ai dû renoncer volontairement à conduire il y a huit ans. Ma santé est trop fragile à présent, et c'est pire depuis que je me suis cassée la hanche l'année dernière. J'arrive à monter assez facilement dans une voiture, mais les trajets dans les rues de la ville sont très pénibles pour mon dos. Les arrêts ou les démarrages brusques sont aussi très douloureux. Je ne peux absolument pas prendre l'autobus à cause de cette douleur et de la hauteur des marches.
(Veuve, 92 ans, vivant seule en appartement)

Mes ami-e-s se tannent de m'amener là où je dois aller.
(Veuve, 89 ans, vivant seule dans sa propre maison)

taxis et je suis trop fragile pour prendre les transports en commun.

Le CCNTA recommande que:

Les soins prodigués et les services offerts en établissement soient définis en fonction d'une évaluation personnalisée des capacités et des besoins de chaque client-e. Il conviendra de prévoir, au besoin, des activités de maintien des capacités et de réadaptation.

Les conditions du milieu, le niveau des effectifs et la formation du personnel travaillant en institution soient de mesure à répondre aux besoins de la clientèle desservie et que l'on rappelle régulièrement au personnel d'avoir le respect de l'autonomie de leurs client-e-s comme but.

Les couples qui le désirent puissent continuer à cohabiter ou à vivre à proximité dans les établissements même si l'un d'eux seulement doit y être admis, pourvu que cela ne nuise pas à la santé de l'un ou de l'autre. De plus, que le conjoint en santé participe à l'élaboration du plan de services et aux soins, si cela est approprié.

Les institutions communautaires—les églises, centres communautaires et magasins, par exemple—facilitent l'accès des personnes très âgées vivant en établissement aux ressources de la communauté. Il s'agit, entre autres, d'adapter les milieux aux besoins particuliers des aîné-e-s (pensons éclairage, toilettes, aides auditives dans les salles, aménagement) et d'inviter la communauté à offrir ses services ou ses activités dans les résidences mêmes.

Des services soient mis sur pied en résidence, au besoin, et que ceux-ci respectent les croyances et traditions des résident-e-s autochtones ou d'origine ethnique et qu'on prenne les moyens pour qu'une communication verbale adéquate soit possible avec ces client-e-s.

7. LE TRANSPORT ET LA MOBILITÉ

J'ai pu prendre ma voiture pour aller voir mes vieilles amies en ville parce que j'ai encore mon permis, mais j'ai peur qu'on me l'enlève. Il n'y a pas de service d'autobus par ici et aucun magasin ou service à proximité. Pendant six mois de l'année, avec la neige et le froid, les hivers sont durs et les trottoirs glissants.

(Veuve, 82 ans, vivant dans un grand ensemble résidentiel pour aîné-e-s)

Quand mon permis de conduire m'a été retiré, j'ai perdu énormément d'autonomie. Je n'ai tout simplement pas les moyens de prendre des

ressources et le personnel ne sont pas suffisants pour assurer le maintien des capacités et la réadaptation maximums.⁵⁴

Ordinairement, les résident-e-s désirent que leur vie continue le plus possible comme avant. La séparation d'avec un conjoint dont les problèmes physiques ou cognitifs l'obligent à entrer en établissement peut être une rupture brutale et traumatisante. Heureusement, certains établissements ont la flexibilité de permettre aux couples de continuer à vivre ensemble. Souvent, les résident-e-s veulent aussi maintenir le contact avec leur famille, leurs ami-e-s en dehors de l'établissement et avec la communauté. Ceci est parfois difficile, le personnel de l'établissement ayant peu de temps pour favoriser ces contacts. L'empilement géographique de l'établissement peut aussi ajouter à la difficulté. Par ailleurs, les moyens de transport qui permettent aux résident-e-s de prendre part à des activités sociales au sein de la communauté sont parfois insuffisants ou trop chers à organiser, compte tenu des graves infirmités dont souffrent certains. L'accès à des ressources communautaires peut être difficile pour les aîné-e-s avec des handicaps. Un nombre grandissant d'établissements de soins invitent les membres de la communauté à offrir en résidence leurs services ou leurs activités. Il peut s'agir de magasins, d'églises ou de synagogues, de groupes communautaires qui organisent des ventes de charité et de groupes scolaires. Ce genre d'initiative permet aux résident-e-s de retenir davantage leur sens d'appartenance et leurs liens avec la communauté. En outre, les résident-e-s se procurent ainsi des articles pour leur usage personnel ou pour offrir en cadeau.⁵⁵

Les préférences et les habitudes individuelles ne sont pas toujours respectées en ce qui concerne les routines quotidiennes en milieu institutionnel. Les horaires sont parfois très stricts et les heures de repas, de toilette, de lever et de coucher sont fixées avec peu d'égard pour le choix des pensionnaires. Ils ne sont pas toujours consultés lors de la planification des menus et des activités.⁵⁶

L'entrée en résidence spécialisée peut être particulièrement difficile pour les personnes âgées d'origine culturelle différente. Le fait d'emménager dans une maison de retraite ou dans un hôpital pour malades chroniques peut être très mal vécu par n'importe quel individu, mais cela peut s'avérer encore plus difficile pour les aîné-e-s qui ont vécu toute leur vie dans un autre contexte culturel. Se retrouver dans un environnement qui leur est étranger ou dans lequel ils ne se sentent pas à l'aise peut être très stressant. Les problèmes de la communication courante peuvent également causer de grandes tensions chez les individus, comme au sein du personnel. On peut dire des personnes du quatrième âge, membres de groupes ethniques, qu'elles risquent de vivre un triple deuil: celui de leur famille, de leur culture et de leur communauté. Lorsqu'on ajoute à cela les difficultés physiques ou mentales et la vulnérabilité qui s'ensuit, il est évident que ces gens ont besoin d'un soutien accru pour se tirer d'affaire.⁵⁷

Après son ACV, ma femme est restée près d'un an à l'hôpital. J'ai vécu seul et j'étais terriblement déprimé. Quand nous avons été acceptés ici tous les deux, j'étais vraiment heureux de la retrouver. Je dois dire que c'est parfois déprimant de vivre comme ça. Nous vivons dans une chambre et les enfants ne peuvent pas venir très souvent. Mais je m'y suis fait. Au moins, elle ne me manque plus comme avant.

(Homme, 87 ans, vivant dans une maison de soins avec sa femme paralysée)

Je vois très mal et j'ai énormément de difficulté à marcher. J'ai du mal à me déplacer, mais je me sens bien parce que j'ai assez d'argent grâce à ma pension et, là où je suis, on s'occupe de moi. Je n'ai pas de famille, mais j'aime bien vivre ici parce que tous ces gens sont mes amis.

(Célibataire, 90 ans, vivant en centre d'accueil)

Ici, on s'occupe de moi, mais pas comme je le ferais moi-même. Si je ne peux pas prendre soin de moi, c'est que je suis toute estropiée. Parfois, j'ai l'impression que la maison est gérée dans l'intérêt du personnel plutôt que dans celui des pensionnaires. Je déteste avoir à me coucher tôt juste pour les arranger. Je n'ai que 90 \$ par mois pour vivre. Ce n'est pas beaucoup. Il m'est très difficile de prendre une voiture ou un autobus pour aller où que ce soit.

(Veuve, 86 ans, vivant en centre d'accueil)

Même si l'on met de plus en plus l'accent sur les services de soins de longue durée offerts dans la communauté, il est probable que le besoin d'établissements de soins de longue durée ou d'institutions⁵² continuera à progresser parallèlement à l'augmentation du nombre de personnes très âgées. En 1991, 16 % des aînés de 75+ ans habitaient en établissement. Ce pourcentage augmentait rapidement avec l'âge. En 1986, environ un tiers des 85+ ans, dont 41% des femmes et 28 % des hommes, vivaient en établissement. Au Canada, un pourcentage relativement élevé d'aînés continueront à passer les dernières années de leur vie en institution. Il en sera ainsi surtout pour ceux d'entre eux qui sont très âgés et vivent seuls, ont un sentiment d'insécurité et se sentent vulnérables à cause de leurs problèmes de santé physique et, enfin, ceux pour qui il est difficile, voire impossible, de rester seuls à cause de troubles cognitifs.⁵³

Les questions concernant la qualité de vie dans les établissements sont très importantes au quatrième âge. Les aînés vivant en établissement veulent être respectés en tant qu'individus et rester le plus autonomes possible. Quoiqu'on ait déjà montré que les évaluations et les plans de soins individualisés sont pré-requis à une bonne qualité de soins, ils ne sont pas toujours réalisés. Dans certains cas, les

La capacité de plusieurs personnes du quatrième âge de s'adapter et de maintenir leur autonomie dans la communauté malgré leurs incapacités physiques et les limitations d'activités dépend de l'appui d'autrui. Environ 80 % de cet appui vient de la famille, des ami-e-s et des voisin-e-s.

On trouve aussi au quatrième âge une dépendance beaucoup plus grande à l'égard des services à domicile publics. Le secteur des services à domicile est certainement appelé à grandir: on aide de plus en plus les aîné-e-s à demeurer à domicile; les hôpitaux tendent à congédier les patient-e-s plus tôt et à leur assurer des traitements en service externe; et la population âgée continue de croître. Les services de soutien à domicile sont offerts par le secteur public, les organisations communautaires et les agences privées. Ils comprennent tout un éventail de services, allant de l'aide avec les bains, la préparation des repas, l'alimentation par intraveineuse à l'inhalothérapie. Environ 25 % de ceux qui reçoivent des services à domicile ont 85+ ans.⁴⁹

La question du rapport coût-efficacité des services à domicile est toujours débattue; il semble qu'il y ait deux conditions pour maximiser ce rapport à court terme: très bien cibler les clients qui sont vraiment à risque d'institutionnalisation, et assurer l'intégration des services des secteurs communautaire et institutionnel. Plusieurs provinces ont choisi de poursuivre ces objectifs par le biais d'un système décentralisé et intégré de services sociaux et de santé offrant l'entrée à «guichet unique» et la «gestion de cas» comme garanties d'accessibilité et de continuité. Cela est particulièrement important dans le cas du quatrième âge. Les besoins de ces aîné-e-s sont complexes, variés et très changeants; certains requièrent des interventions médicales spécialisées de façon fréquente ou continue; d'autres, des admissions fréquentes à l'hôpital.⁵⁰

On constate aussi dans le secteur des services à domicile l'appartition d'équipes de services palliatifs qui aident l'aîné-e en phase terminale voulant mourir à la maison et sa famille. Malgré que les traitements offerts à ces patients se limitent souvent à soulager la douleur, ces équipes fournissent du soutien moral et spirituel. La mise sur pied de ces services est particulièrement importante au quatrième âge, vu le pourcentage de décès.⁵¹

Le CCNTA recommande que:

L'on mette sur pied du soutien à domicile qui soit intégré aux services institutionnels et communautaires, qui soit assorti d'une entrée à guichet unique pour assurer une accessibilité maximale et une continuité dans les soins, et qui comprenne un service de soins palliatifs pour les aîné-e-s voulant mourir à domicile.

La plupart des maisons appartenant aux personnes du quatrième âge tendent à être vieilles et à avoir besoin de réparations. Ces dernières s'inquiètent de l'entretien de la maison et du jardin, parce qu'elles veulent préserver la valeur de leur propriété, leur amour-propre et leur image au sein de la collectivité. Par ailleurs, elles trouvent souvent difficile de faire l'entretien elles-mêmes et la facture des réparations ou des travaux d'entretien du jardin peut être très élevée. Finalement, elles craignent parfois de se faire avoir par des entrepreneurs sans scrupule.

La popularité du PARBL (Programme d'aide à la remise en état des logements) montre bien que les habitations des aîné-e-s ont souvent besoin d'améliorations pour répondre à leurs besoins changeants. La Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL) a récemment reçu, par le biais de la Stratégie nationale pour l'intégration des personnes handicapées, des fonds supplémentaires pour mettre sur pied des programmes de modification de logement pour les aîné-e-s les plus frêles. Un programme pilote appelé « Logements adaptés, aînés autonomes » a été mis sur pied pour aider les personnes à bas revenu à défrayer les coûts des adaptations mineures à leur logement, prolongeant ainsi la période de leur vie autonome à domicile.⁴⁷

Le CCNTA recommande que:

L'on construise un plus grand éventail d'habitations à coût modique qui favorisent l'autonomie et soient adaptées aux besoins du quatrième âge, y compris des résidences de groupe avec services.

Les communautés constituent, à l'intention du quatrième âge, une liste de fournisseurs dignes de confiance qui pourraient faire, par exemple, des réparations ou l'entretien des pelouses.

L'on offre aux personnes du quatrième âge le counseling utile pour les aider à choisir parmi les différentes options financières permettant de tirer un revenu supplémentaire de sa maison.

Je souffre de solitude à vivre seule maintenant que mon mari est mort, mais j'aime être entourée des souvenirs de lui et de notre vie ensemble. Je suis aussi contente d'avoir bien de l'espace pour quand mes enfants et mes petits-enfants me rendent visite, mais ce n'est pas facile de garder la maison propre et bien arrangée comme je l'aime.
(Veuve, 83 ans, vivant seule dans sa maison)

La majorité des personnes du quatrième âge vivent encore dans la communauté et préfèrent qu'il en soit ainsi le plus longtemps possible. La proportion d'aîné-e-s qui vivent seuls augmente, surtout chez les femmes. En 1991, plus des deux tiers des femmes de 80+ ans vivaient seules.⁴² La recherche a souvent montré que le partage résidentiel accroît de beaucoup la probabilité d'échanges de services. On a constaté que deux facteurs causals importants de l'entrée en institution étaient le très grand âge et le fait de vivre seul.⁴³

À 80, 90 ans ou plus, les gens trouvent souvent que leur logement ne convient plus à leurs capacités fonctionnelles. Pour permettre à un plus grand nombre de rester dans la collectivité, on offre de plus en plus des logements protégés, logements où les aîné-e-s retiennent un maximum d'autonomie tout en bénéficiant des services utiles. Souvent, il faudra incorporer les nouvelles technologies capables d'aider les résident-e-s ayant des besoins spéciaux ou en prévoir l'installation à une date ultérieure. On voit aussi de plus en plus des habitations conçues selon «l'aménagement à accès facile»: les éléments essentiels (salles de bain, toilettes, comptoirs de cuisine et placards) sont aménagés pour accommoder les besoins et les capacités de toutes les catégories de résident-e-s. Les constructeurs sont conscients de l'évolution du marché de l'habitation et voient de plus en plus la nécessité de repenser les modèles traditionnels qui correspondaient à la personne pleinement autonome de 30 à 40 ans.⁴⁴

Ces développements font partie du constat de plus en plus évident qu'on a besoin d'un système intégré de soins continus qui comprennent le logement, les services sociaux, le transport et les services de santé pour répondre aux besoins des personnes en perte d'autonomie vivant dans la communauté. La plupart de ces initiatives provenant toutefois du secteur privé, les prix sont souvent prohibitifs pour les aîné-e-s à faible revenu. Environ 2 % seulement des aîné-e-s vivant encore dans la communauté habitent des résidences où ils peuvent bénéficier de services spéciaux (par exemple, des repas).⁴⁵

Environ 50 % des gens du quatrième âge s'adaptent à leur vieillissement en changeant leur statut résidentiel (propriétaire vs locataire), emménageant dans une maison ou, plus souvent, dans un appartement qui soit plus petit et plus facile d'entretien. L'autre 50 % reste chez eux tant que des problèmes de santé graves ou la mort du conjoint ou de l'aîné-e ne les contraignent à déménager.⁴⁶

contenctions physiques ou pharmaceutiques pour contrôler celles dont le comportement est dysfonctionnel.⁴¹

Le CCNTA recommande que:

Les ressources communautaires comme les centres de jour et autres services de répit et d'appui soient développées et leur personnel, formé afin de soutenir et renforcer l'appui offert par les familles des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'autres formes de démence.

Les établissements de soins de longue durée adaptent la formation de leur personnel, leurs programmes, leurs activités et leur environnement physique aux besoins spéciaux des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'autres formes de démence.

Les subventions pour la recherche fondamentale et la recherche appliquée sur les causes et le traitement de la maladie d'Alzheimer ou d'autres formes de démence soient augmentées.

6. LA SITUATION RÉSIDENTIELLE

La situation résidentielle des personnes du quatrième âge est extrêmement importante à leur bien-être parce que leur mobilité est souvent limitée, de sorte qu'elles passent beaucoup plus de temps à domicile que les plus jeunes. En plus, elles n'ont ni les ressources, ni l'énergie pour transformer les éléments insatisfaisants de leur environnement. Elles sont donc plus vulnérables à ces conditions. Pour éviter une dépendance excessive, elles ont besoin d'un environnement qui soutienne leur autonomie ou qui les rende capables de la maximiser. L'absence d'un environnement «soutenant» ajoute au sentiment de dépendance de l'ainé-e et au stéréotype de l'ainé-e fragile.

6.1 Le logement dans la communauté

Nous avons emménagé dans cette tour parce que nous voulions être proches des magasins et des services. Si la santé de ma femme continue de se détériorer, nous devons peut-être aller dans un appartement pour handicapé-e-s, où elle pourra avoir son fauteuil roulant automobile. C'est vraiment difficile de la sortir à cause des deux grosses portes du stationnement au sous-sol. Je dois l'emmener partout en voiture, alors que je sais combien elle voudrait être indépendante. (Homme, 80 ans, vivant avec sa femme en appartement)

Entre 25 et 30 % des aîné-e-s de 80+ ans (40 % des 90+ ans) ont des problèmes de démence, celle-ci étant définie comme des troubles mentaux graves ayant une influence majeure sur la capacité de fonctionner. La forme de démence la plus commune et la mieux connue est la maladie d'Alzheimer, quoiqu'on rencontre aussi d'autres formes de démence tels le multi-infarct et les démences relées à l'alcoolisme au quatrième âge. La maladie d'Alzheimer était diagnostiquée chez environ 200 000 personnes au Canada en 1991. Selon les projections, ce nombre doublera avant 2011, atteignant presque 500 000.³⁸

S'ajoutant à l'accroissement du nombre de victimes de cette maladie, il y a aussi un accroissement de la période pendant laquelle ces personnes auront besoin de soutien. La progression normale de la maladie d'Alzheimer est beaucoup plus lente parmi les aîné-e-s qui commencent à montrer des signes de cette maladie vers la fin de leur vie, soit après 70 ans, que chez ceux où les symptômes apparaissent avant 60 ans. Ceci représente un défi majeur pour les familles et le secteur des services communautaires qui reconnaissent les difficultés de soigner à domicile une personne atteinte de cette maladie. Pour les familles, le défi est de maintenir ces aîné-e-s dans un environnement familial afin de maximiser leur qualité de vie et les occasions de participer à des activités valorisantes, tout en évitant l'épuisement relié à cette tâche. Par ailleurs, plusieurs aidant-e-s finissent par se retrouver isolés de leur famille et ami-e-s alors que le nombre de visiteurs chute à cause des dérangements comportementaux de leur malade.³⁹

Pour le secteur des services communautaires, le défi est de fournir des ressources tels les centres de jour, les centres communautaires et autres services de répit adaptés aux besoins spécifiques des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Ces ressources peuvent offrir un soulagement très apprécié des familles aidantes. On estime en fait qu'environ 20 % des clients des centres de jour au Canada souffrent d'une forme de démence et qu'il y a une carence importante de personnel qualifié pour travailler avec ces client-e-s.⁴⁰

La maladie d'Alzheimer représente aussi un défi majeur pour les établissements de soins de longue durée puisque la plupart des victimes de cette maladie passeront au moins une partie de leurs dernières années dans un milieu institutionnel. On a estimé que plus de 50 % des résident-e-s dans ces établissements souffrent d'une forme de démence. Comme on n'avait pas prévu la présence de tels résident-e-s, le milieu physique et les activités et programmes, dans la plupart de ces établissements, sont rarement adaptés à leurs besoins. Le personnel n'a souvent pas reçu une formation appropriée. En outre, plusieurs questions n'ont pas encore été résolues et nécessitent des efforts concertés de recherche. À savoir, par exemple, la cohabitation entre les personnes ayant des problèmes cognitifs et les personnes lucides, l'épuisement professionnel du personnel attaché aux salles pour les personnes démentes et l'utilisation de

Le CCNTA recommande que:

Les médecins et les autres professionnels de la santé reçoivent la formation nécessaire et les occasions de formation continue afin de pouvoir reconnaître, évaluer et traiter les problèmes de santé mentale, en particulier la dépression, parmi les personnes du quatrième âge.

5.2 La maladie d'Alzheimer et les autres types de démence

J'ai déménagé ici à cause de quelques petits problèmes. Je vais bien, j'ai encore toute ma tête, mais les trous de mémoire me rendent folle. Je commence aussi à oublier des mots. Ça me fait beaucoup peur parce que j'ai vu ce qui est arrivé à mes ami-e-s ici. Ils ont commencé comme moi, juste en oubliant des choses.
(Veuve, 86 ans, vivant en établissement de soins de longue durée)

J'oublie des choses si souvent. Parfois je ne me souviens même pas pourquoi je quitte une pièce et j'entre dans une autre. J'essaie de faire des listes de choses dont je dois me souvenir, mais cela ne m'aide pas parce que j'oublie où j'ai mis la liste. J'ai vraiment l'impression de perdre la raison.
(Veuve, 82 ans, vivant en établissement de soins de longue durée)

La dépression est souvent sous-diagnostiquée et sous-traitée. Il est très difficile de la diagnostiquer chez les plus âgés parce qu'elle est masquée par d'autres problèmes comme l'insomnie, la fatigue extrême, la perte de libido, l'alcoolisme et la perte d'appétit. Les médecins qui remarquent chez leurs patients une variété de plaintes non-spécifiques ou sans fondement physique excluent souvent la possibilité de dépression parce qu'ils n'apprécient pas la prévalence de cette maladie ou parce qu'ils considèrent les symptômes observés comme faisant partie du vieillissement normal. De plus, les personnes du quatrième âge ne veulent souvent pas admettre qu'elles sont déprimées. Elles préfèrent dire qu'elles sont anxieuses ou nerveuses, qu'elles ont un problème physique ou qu'elles ont des problèmes de mémoire ou de concentration. Comme les problèmes physiques peuvent souvent précéder la dépression, les médecins font souvent attention aux symptômes physiques et négligent la dépression. Celle-ci est ainsi souvent confondue avec la démence, l'anxiété névrotique ou d'autres problèmes physiques, sinon avec les changements normaux dus à l'âge. La conclusion erronée que le problème est médical peut donner lieu à des tests et à des traitements inutiles, en plus de provoquer des conséquences négatives à cause de séjours prolongés à l'hôpital et du manque à traiter la dépression. Les aîné-e-s ont tendance à refuser les services psychiatriques à cause du stigmate relié aux «maladies émotionnelles».³⁷

La santé mentale est un facteur de premier plan dans la qualité de la vie du quatrième âge. Elle est reliée directement à la capacité de l'individu de demeurer autonome dans la communauté. Elle reflète sa capacité de relever les défis de la vie et d'atteindre un niveau d'épanouissement et de satisfaction de vivre.³⁵ La dépression et la maladie d'Alzheimer et autres types de démence sont les problèmes de santé mentale les plus communs et les plus accablants au quatrième âge.

Je me dis que le plus grand avantage à avoir 94 ans, c'est d'avoir vécu la période la plus excitante de l'histoire. Je connais tellement de choses et mon cerveau fonctionne bien. Cela me permet d'argumenter avec mes petits-enfants qui ont fini l'université. Parfois ils pensent connaître toutes les réponses et je peux leur dire d'expérience: «Ça paraît bien, mais ça ne marche pas comme ça.»
(Veuf, 94 ans, vivant en centre d'accueil)

J'ai 81 ans et mentalement, tout va bien, mais physiquement, ce n'est pas terrible. Je ne vois pas les gens que je n'ai pas envie de voir. Je ne suis pas obligée de sortir quand je n'en ai pas envie. Je n'ai plus besoin de me faire les ongles. Je n'ai plus besoin de me pomponner, sauf quand j'en ai envie. Je peux m'exprimer. Avec les années, les angles s'arrondissent, vous savez. Il n'y a plus grand chose qui me dérange à présent. Il est rare que je m'énerve. Je ne me préoccupe plus des «connaissances», je cultive quelques ami-e-s.
(Célibataire, 81 ans, vivant seule)

5.1 La dépression

Quand ma femme est morte, il y a quatre ans, je ne voyais plus pourquoï je continuerais à vivre. La vie était très noire pour moi. Mes enfants, mon beau-frère et ma belle-soeur ont essayé de m'aider, mais c'était comme si je ne ressentais plus rien. J'ai perdu beaucoup de poids et je dormais tout le temps. Le médecin m'a donné des pilules et peu à peu, j'ai repris goût à la vie.
(Veuf, 92 ans, vivant en appartement)

On estime qu'environ 13 % des aîné-e-s de 85+ ans vivent dans la communauté et 30 à 40 % de ceux et celles qui vivent en établissement souffrent d'un certain niveau de dépression. Il s'agit donc d'un des problèmes psychiatriques les plus répandus parmi les aîné-e-s. Les degrés de dépression au quatrième âge varient énormément, allant des symptômes transitoires reliés à des expériences de vie difficiles, comme le veuvage, les maladies graves et l'obligation d'entrer en institution, aux stades critiques des dépressions majeures où l'estime de soi est sérieusement atteinte.³⁶

L'incontinence est un des problèmes de santé les plus dérangeants au niveau psychologique. Il peut limiter la mobilité de l'individu de façon significative et créer une situation d'isolement social et de dépression à cause de la gêne et de la honte. La prévalence de l'incontinence augmente rapidement avec l'âge. On estime que c'est un problème pour 5 à 15 % des aîné-e-s vivant dans la communauté et pour 40 % des patient-e-s hospitalisés.³¹

Avec la démence, l'incontinence est l'une des principales causes d'entrée en établissement de soins de longue durée. L'incontinence est aussi citée comme étant une difficulté majeure pour les aidant-e-s informels. On estime qu'environ 75 % des résident-e-s en établissement d'hébergement souffrent d'incontinence à un certain degré, la moitié environ étant diagnostiqués comme étant totalement incontinents.³²

La recherche indique que la plupart des aîné-e-s vivant dans la communauté et qui souffrent d'incontinence n'ont pas consulté leur médecin à ce sujet. Quand on soulève la question avec un professionnel de la santé, le problème n'est pas toujours soumis à une évaluation et à une investigation complètes et les conseils adéquats ne sont pas toujours fournis en ce qui concerne le traitement et la gestion du problème.³³

Les personnes du quatrième âge qui souffrent d'incontinence ou leurs aidant-e-s commencent souvent trop tôt à utiliser des aides à l'incontinence (couches, tissus absorbants) parce qu'ils prennent pour acquis que l'incontinence va de pair avec le vieillissement. Dans les institutions, l'utilisation des sondes à demeure pour les cas d'incontinence peut donner lieu à des infections urinaires, à l'atrophie de la vessie ou à des dommages au sphincter. Dans 45 % des cas, l'incontinence peut occasionner des infections cutanées et des plaies de lit. Pourtant, on estime que 80 % des cas sont traitables et que l'autre 20 % peut être aidé grâce aux techniques de gestion des comportements. Il s'agit notamment de conduire l'individu à la toilette suivant un horaire fixe et de faire des rappels périodiques. D'autres moyens se sont aussi avérés utiles, comme le fait de s'assurer que les toilettes soient accessibles et que les vêtements puissent être ouverts ou enlevés facilement.³⁴

Le CCNTA recommande que:

Les médecins et les autres professionnels de la santé soient formés adéquatement afin de reconnaître et d'évaluer les problèmes d'incontinence fécale ou urinaire et de fournir aux personnes du quatrième âge et à leurs aidant-e-s les renseignements et les conseils utiles sur le traitement et la gestion de l'incontinence, y compris les exercices, les modifications environnementales et la gestion des comportements.

interroger les professionnels de la santé. La situation est aggravée quand elles doivent prendre simultanément des médicaments de différentes couleurs, grandeurs et formes et quand l'horaire dans la prise des médicaments est particulièrement compliqué ou incommode. Des doigts arthritiques, des mains tremblantes, une vue qui baisse peuvent aussi rendre impossibles des tâches simples que d'ouvrir des contenants de médicaments, de lire des étiquettes ou de se mettre des gouttes dans les yeux. S'ajoutent encore les problèmes de mémoire. Les recherches indiquent qu'entre 30 et 60 % des personnes du quatrième âge ne suivent pas les directives de leur médecin dans l'utilisation de leurs médicaments.³⁰

Le CCNTA recommande que:

Les médecins soient bien instruits dans la façon de faire des ordonnances aux personnes du quatrième âge, y compris des alternatives à l'utilisation des médicaments.

Les professionnels de la santé reçoivent, pendant leur formation initiale ou dans la formation continue, de l'information concernant les problèmes d'inobservance du quatrième âge et la façon d'y remédier, par l'éducation, l'aide soutenue ou la surveillance.

L'on encourage les personnes du quatrième âge et leurs aidant-e-s à se renseigner sur les médicaments et à assumer un rôle actif en questionnant les professionnels de la santé et en signalant tout effet secondaire.

L'on s'assure que les posologies adaptées au quatrième âge soient déterminées par des tests approfondis.

L'on veille à ce que les problèmes d'inobservance dus à l'étiquetage ou à l'emballage des médicaments soient clairement identifiés et résolus.

4.3 Incontinence

J'ai commencé à avoir de problèmes de rétention d'urine, il y a quelques années. Ça s'est empiré dernièrement. Au réveil, je dois me dépêcher pour me lever, sinon je mouille mon lit. J'ai peur de tomber quand je bouge trop vite. Quand mon mari était en vie, il avait le même problème. Quand on avait des sorties, j'essayais toujours de m'assurer qu'on était assis près des toilettes pour qu'il puisse y arriver à temps. C'était vraiment difficile et on a fini par ne plus sortir. (Veuve, 87 ans, vivant seule dans son appartement)

À 81 ans, on n'est plus vraiment en pleine forme. Je ne peux plus marcher plus de deux coins de rue à la fois à cause de mes graves problèmes vasculaires aux jambes. J'ai eu un cancer du sein, des catarractes et une opération pour mes veines bloquées. Quand je regarde la télé, je ne saisis plus les dialogues. Je souffre également de la schizophrénie. Je prends des médicaments pour le cancer, de l'aspirine pour les veines bloquées, des anti-inflammatoires et du tylenol. Je fume et je bois, mais raisonnablement.

(Célibataire, 81 ans, vivant seule en appartement)

Je n'ai jamais été en très bonne santé. Je suis né avant terme et j'ai toujours été très mince et fragile. Je souffre de glaucome et de catarractes. J'ai aussi des névralgies très violentes au visage. Je prends huit médicaments différents tous les jours, tous prescrits par le médecin.

(Veuf, 91 ans, vivant seule dans sa maison)

De façon générale, on prescrit aux aîné-e-s plus de médicaments qu'aux plus jeunes et ils en consomment davantage. Les enquêtes communautaires estiment à entre 1 et 8 le nombre de médicaments sur ordonnance ou en vente libre que l'aîné moyen consomme chaque jour. Les personnes du quatrième âge sont plus susceptibles d'avoir des effets indésirables de leurs médicaments pour plusieurs raisons: elles ont tendance à en consommer davantage sur une période plus longue; leur corps métabolise les médicaments autrement à cause de leur âge, ce qui n'est souvent pas reflété dans les dosages recommandés, ni dans les pratiques de prescription; et leur niveau d'observance des ordonnances est souvent plus élevé à cause de leur manque d'information, de leur peur d'interroger leur médecin ou leur pharmacien, ou de leurs incapacités fonctionnelles.²⁷

Le fait de prendre plusieurs médicaments à la fois augmente le risque d'interactions indésirables en plus d'autres problèmes dont la sévérité peut varier, allant de la sécheresse du mucus buccal à la somnolence, l'étourdissement, l'anémie, les hémorragies gastriques et les problèmes cognitifs sérieux.²⁸

On dit souvent que l'usage excessif et inapproprié de médicaments psychotropes, tels les tranquillisants et les somnifères, est le problème de santé qu'on peut traiter le plus facilement chez les aîné-e-s. La mauvaise utilisation de ce type de médicament, surtout dans les établissements de soins de longue durée, contribue à accélérer la perte d'autonomie chez les résident-e-s.²⁹

Les personnes du quatrième âge sont particulièrement à risque d'observance dans l'usage de leurs médicaments. Parfois, elles ne comprennent pas la raison de l'ordonnance ou l'effet désiré du médicament. Elles hésitent à

La rapidité avec laquelle on répond à leurs besoins est souvent critiquée pour assurer le succès des interventions. Pour répondre adéquatement à leurs besoins «bio-psycho-sociaux», il faut faire appel à une variété de services gériatriques. Une intervention qui est vraiment à point commence souvent avec des équipes interdisciplinaires de professionnels de la santé et des services sociaux. Ceux-ci feront des évaluations médicales approfondies, mais tiendront compte également de facteurs non médicaux, recommanderont les traitements appropriés et indiqueront aux aînés où s'adresser pour avoir de l'aide. Les autres services gériatriques comprennent les hôpitaux de jour ou extra-muros, les unités de gériatrie actives (séjour court ou moyen), les unités de réadaptation, les services de consultation externe et une gamme d'autres services externes, y compris les programmes de soutien post-hospitalisation.²⁴

On sait, d'après le nombre de visites chez le médecin, la fréquence et la durée des hospitalisations, que l'usage des services de santé augmente très rapidement au quatrième âge. Dans les provinces où l'on a essayé de réduire l'usage des services hospitaliers, les efforts ont été le moins efficaces chez les 85+ ans, groupe chez qui les niveaux d'usage ont continué d'augmenter. Le très grand recours aux services hospitaliers, toutefois, a lieu durant la dernière année de la vie d'une personne. Vingt pour cent de toutes les journées passées à l'hôpital par des personnes âgées l'ont été par des aînés qui sont décédés au cours de la même année. La durée d'hospitalisation des mourants était typiquement de 18 jours ou plus. Quarante pour cent des aînés sont considérés comme de «gros consommateurs» de soins hospitaliers au cours d'une année donnée sont décédés l'année de leur hospitalisation ou l'année suivante.²⁵ On n'a pas beaucoup mesuré l'efficacité de l'usage de ces services au regard de l'amélioration de la santé ou de la qualité de vie des personnes du quatrième âge.²⁶

Le CCNTA recommande que:

L'on s'assure qu'il existe, dans chaque région, des services d'évaluation gériatrique et des centres de traitement (ou l'équivalent), avec des équipes interdisciplinaires à qui les médecins de première ligne ou les médecins de famille pourront s'adresser pour répondre adéquatement aux problèmes de santé multiples et complexes du quatrième âge.

L'on surveille de près les services de santé fournis aux personnes du quatrième âge pour s'assurer qu'ils améliorent vraiment leur santé et leur qualité de vie.

Les médecins ne semblent pas vouloir s'occuper des vieillards comme nous et c'est embêtant. La réponse typique, c'est: «Vous avez presque 90 ans. À quoi vous attendez-vous?» (Veuf, 82 ans, vivant en appartement)

4.1 L'évaluation gériatrique et l'utilisation des services de soins actifs

Les aîné-e-s disent souvent que la bonne santé physique est une clé à leur qualité de vie et qu'ils craignent son déclin en vieillissant. Quoique toutes les personnes très âgées ne soient pas de santé fragile, la probabilité de problèmes physiques croît avec l'âge. La recherche montre que la personne moyenne de 85+ ans souffre de trois problèmes chroniques majeurs qui l'amèneront éventuellement à avoir recours à des services de santé. Ces problèmes incluent les maladies cardio-vasculaires, le diabète, l'arthrite et le rhumatisme chronique. Malgré la baisse importante des taux de mortalité dus aux maladies chroniques depuis 40 ans, plus de gens qu'avant ont des formes moins graves de maladie et vivent plus longtemps avec diverses incapacités et limitations fonctionnelles.²¹

Les problèmes sensoriels et de mobilité se retrouvent souvent au quatrième âge. Dans le cadre de l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités (ESLA) de 1986, 83 % des aîné-e-s de 75 à 84 ans et 89 % des 85+ ans ont déclaré souffrir de handicaps divers aux plans de la mobilité et de l'agilité. De plus, 47 % des 75 à 84 ans et 65 % des 85+ ans se sont dit malentendants. Selon l'ESLA de 1991, 25 % des 85+ ans qualifiaient leur niveau d'incapacité de modéré, tandis que 64 % l'ont qualifié de sérieux.²²

Les personnes du quatrième âge tendent aussi à connaître plusieurs épisodes de maladies aigües qui peuvent mener à des problèmes chroniques ou à des incapacités. Les problèmes les plus fréquents sont les infections pulmonaires ou urinaires, les accidents cérébro-vasculaires (ACV) ou les embolies, les maladies coronariennes, les tumeurs, les fractures et les maladies du système digestif.²³

Ma santé décline peu à peu, mais je n'en fais pas une obsession. J'ai eu un infarctus assez grave qui m'a fait peur il y a quelques années et je ne peux plus jouer au golf aussi bien qu'avant à cause de ma vue qui baisse et un état général de fatigue. Mes problèmes de santé m'ont aussi obligé à réduire mes activités sexuelles, ce qui me frustre beaucoup.
(Veuve, 82 ans, vivant en appartement)

Je ne peux plus faire autant qu'avant. Je suis surtout frustrée par mon manque d'énergie. À vrai dire, ma santé est meilleure qu'il y a trois ou quatre ans, lorsque j'avais un ulcère qui saignait. Maintenant, c'est sous contrôle. J'ai découvert que je souffrais aussi de diabète, mais grâce à l'exercice et à une perte de poids, ça va. Je me sens très bien malgré de légères douleurs au dos. Vraiment, je ne m'inquiète pas pour l'avenir.
(Veuve, 81 ans, vivant seule dans sa maison)

4. LA SANTÉ PHYSIQUE

Les programmes éducatifs et la formation en cours d'emploi offerts aux professionnels de la santé et des services sociaux traitent des résultats de recherche sur l'utilité de promouvoir de meilleures habitudes de vie aux plans physique et mental au quatrième âge.

Des renseignements sur l'utilité des activités de promotion du « bien-vieillir » pour les personnes du quatrième âge soient mis à leur disposition et qu'elles soient encouragées à participer à ces activités, selon leur bon vouloir.

Les programmes éducatifs et la formation en cours d'emploi offerts aux professionnels de la santé et des services sociaux traitent des résultats de recherche sur l'utilité de promouvoir de meilleures habitudes de vie aux plans physique et mental au quatrième âge.

Le CCNTA recommande que:

Plusieurs des plus âgés de la population aînée. Plusieurs des changements négatifs associés à l'âge très avancé peuvent être évités ou leur cours peut être renversé bien plus souvent qu'on l'imaginait. Hormis les cas de pathologie, les aînés-e-s peuvent généralement conserver leurs facultés intellectuelles et physiques jusqu'à un âge très avancé—probablement en meilleur état qu'on ne l'avait cru jusqu'à présent—à condition qu'ils aient un régime régulier d'exercices et qu'ils se servent de leurs facultés.²⁰

Le «bien-vieillir» vient en seconde place dans l'éventail des questions qui influencent la qualité de vie des personnes du quatrième âge. Ce concept va bien au-delà de la définition médicale traditionnelle de la santé comme étant l'absence de maladie en adoptant une perspective globale ou holistique du bien-être. Être «bien» est lié à «style de vie sain», lequel englobe les dimensions physique, mentale, spirituelle et émotionnelle de la vie. L'importance relative de ces dimensions peut varier énormément entre les individus et à différentes phases de la vie. En avançant vers la fin de leur vie, plusieurs individus semblent vouloir atteindre un équilibre personnel entre ces dimensions qui leur permette d'acquiescer un sentiment d'intégration. Comme l'a écrit Erikson, «C'est grâce à cette dernière étape que le cycle de la vie fait une boucle complète... ramenant à un état d'équilibre les sentiments d'intégrité et de désespoir, période où on revoit sa propre vie et où on l'assume comme on l'a vécue.»¹⁷ [Traduction libre]

Mais il n'y a pas vraiment de modèle de référence au «bien-vieillir». Les individus vont nécessairement faire appel à leur propre culture, aux expériences passées et à leurs préférences personnelles en déterminant leur style de vie. Ils seront limités ou soutenus dans leurs choix par les circonstances concrètes de leur vie pour décider comment ils veulent être bien. Il y a des personnes du quatrième âge qui, malgré des limitations physiques très sévères, atteindront une qualité de vie remarquable en soulignant d'autres dimensions de leur vie. La personne âgée «grinchuese» ou «bournée» qui formule ses plaintes et ses frustrations à haute voix a peut-être trouvé ainsi un moyen efficace de «s'adapter» à la réalité telle qu'elle la voit. Pour d'autres, le fait de développer une philosophie de la vie qui soit sereine et positive et de demeurer optimiste est la stratégie préférée. La religion ou la dimension spirituelle de la vie peuvent revêtir une grande importance pour certaines personnes du quatrième âge, tandis que d'autres préfèrent se consacrer à des oeuvres humanitaires ou artistiques.¹⁸

En reconnaissant des styles individuels et préférences personnelles, il est important d'offrir aux personnes du quatrième âge la possibilité de participer à des activités favorisant le bien-vieillir global. Ces activités peuvent inclure, par exemple, le soutien aux activités autobiographiques ou d'autres formes de reminiscence, la promotion de la connaissance et de l'estime de soi, le soutien à l'apprentissage et à la mémoire, l'enrichissement culturel et spirituel, les techniques de réduction de stress et de relaxation, l'amélioration de la nutrition et d'autres changements des habitudes de vie et l'augmentation de l'exercice physique.¹⁹

On reconnaît d'habitude l'importance de favoriser le bien-être global pour les personnes du troisième âge, mais on néglige parfois de dire qu'il en va de même pour le quatrième âge. Les activités de promotion de la santé et de prévention de la maladie n'ont pas été suffisamment utilisées avec ce groupe d'âge et n'ont pas été adaptées à leurs préférences et à leurs capacités. Ceci demeure vrai malgré le fait que plusieurs mesures de ce genre se sont avérées très bénéfiques, même pour les

ces deux prestations, SRC et SV, n'était pas suffisant pour leur assurer un revenu au-dessus du seuil de faible revenu.¹⁵

Plusieurs personnes du quatrième âge reçoivent peu ou pas de prestations des régimes de pensions publiques ou privées. En 1992, le montant moyen des prestations versées aux pensionnés de 85+ ans dans le cadre du RPC/RRQ (Régime de pensions du Canada/Régime de rentes du Québec) était d'environ 185 \$ par mois, contre 128 \$ pour les pensionnées. Ceci s'explique du fait que plusieurs aînés ont pris leur retraite avant que le RPC/RRQ n'ait commencé à verser des prestations en 1967, ou qu'ils ont contribué aux régimes pendant une très courte période ou à bas salaire. Plusieurs ont aussi travaillé à une époque où les régimes privés n'étaient pas aussi répandus et presque jamais indexés. Très peu de régimes préoyaient des prestations pour les conjoints survivants. Les régimes de retraite privés sont la principale source de revenu de seulement 20 % des hommes et de 8 % des femmes dans le groupe des 80+ ans.¹⁶

Le CCNTA recommande que:

L'on veuille à éliminer la pauvreté restante chez les personnes du quatrième âge, s'assurant que leur revenu dépasse le seuil de faible revenu.

3. LE BIEN-VIEILLIR

C'est très étrange et en même temps amusant d'être centenaire. Je suis une sorte d'oiseau rare, une pièce de collection. On amène des gens me voir. Je dirais que j'ai très bien vécu. Bien sûr, j'ai eu de mauvais moments, mais dans l'ensemble, je suis heureuse, même si ma santé se dégrade peu à peu. Hier soir, je suis allée entendre ma petite-fille et son mari qui jouent dans une comédie musicale de Gilbert et Sullivan. J'ai moi-même joué et chanté quand j'étais jeune. J'imagine qu'ils tiennent cela de moi....

(Veuve, 101 ans, vivant en centre d'accueil)

Il n'y a aucune raison de féliciter les gens qui vivent trop longtemps. C'est une question d'endurance.... Je n'ai plus rien qui marche, de mes dents au bout de mes oreilles.... La vieillesse, c'est une forme de punition. Plus on avance, plus on souffre. C'est un martyre de tous les instants. (Femme célibataire, 87 ans, vivant en centre d'accueil)

Je suis venue au monde aveugle et je vis ici depuis 40 ans. L'an passé, j'ai épousé un résident qui souffre de paralysie cérébrale. Je suis plus heureuse que jamais avant dans la vie parce que je suis si amoureuse de lui. La vie me sourit maintenant.

(Femme, 80 ans, vivant en centre d'accueil)

J'ai assez de revenus pour les besoins de première nécessité, mais c'est uniquement parce que ma santé m'empêche de sortir le soir ou de manger au restaurant. Je peux encore m'acheter des livres et aller au cinéma de temps en temps.
(Femme célibataire, 80 ans)

Parmi les conditions nécessaires au maintien de la qualité de vie à tout âge, la sécurité financière est certainement l'une des plus fondamentales puisqu'elle est un pré-requis à l'accès à beaucoup d'autres ressources et au sentiment de sécurité. En fait, en 1991, pas moins d'un quart de la population des 80+ ans ne vivaient pas en institution disant croire que leur revenu et leurs investissements ne pourraient pas suffire à satisfaire leurs besoins dans l'avenir.¹¹ Cette crainte est d'autant plus frappante qu'elle est exprimée par une génération d'ainé-e-s dont la plupart étaient habitués à vivre assez modestement et à s'organiser dans des conditions parfois précaires ou incertaines.

Quoque la situation financière des aîné-e-s en général se soit améliorée ces dernières années, le revenu du quatrième âge demeure légèrement inférieur à celui du troisième âge. En 1990, par exemple, le revenu médian des aîné-e-s de 65 à 69 ans était de 14 432 \$ comparativement à 12 248 \$ pour les 75+ ans. Ceci place les personnes du quatrième âge tout près ou en-dessous du seuil de faible revenu établi par Statistique Canada. Ce seuil varie entre 10 000 et 14 000 \$ pour les personnes vivant seules, selon la taille de la collectivité.¹²

Le niveau de revenu du quatrième âge varie surtout selon le sexe et la situation résidentielle (vivre seul ou avec d'autres). Dans ces deux cas, les femmes âgées sont désavantagées. En 1990, le revenu médian des femmes de 75+ ans était de 11 717 \$, tandis que celui des hommes était de 13 598 \$.¹³ La moitié de toutes les femmes sont veuves ou divorcées à 65 ans, alors que 58 % des hommes sont encore mariés à 80 ans. Les personnes du quatrième âge, en grande majorité des femmes vivant seules, doivent faire beaucoup d'efforts pour étirer leur budget, car elles n'ont pas la possibilité d'économiser en partageant les frais fixes comme le loyer et l'alimentation. Selon le Conseil national du bien-être social, 50 % des femmes de 75+ ans vivant seules ou avec des personnes qui ne sont pas des parents ont des revenus sous le seuil de faible revenu.¹⁴

L'essentiel du revenu des personnes du quatrième âge provient de transferts gouvernementaux. En 1990, ces transferts représentaient la principale source de revenu pour 55 % des hommes et 68 % des femmes de 80+ ans vivant dans la communauté. La proportion des personnes dont le revenu dépend de ces transferts est plus grande dans les groupes d'âge plus vieux. En 1990, 70 % des 90+ ans ont touché un SRC partiel (Supplément de revenu garanti); leur revenu annuel était donc de moins de 10 123 \$, si l'on ne tient pas compte de la SV (Sécurité de la vieillesse). En même temps, environ 25 % des 90+ ans ont reçu le SRC maximum, ce qui signifie que leur seule source de revenu était la SV. Toutefois, le cumul de

Je n'ai plus grand chose depuis que je vis ici. Seulement 90 \$ par mois, ce n'est pas assez. (Veuve, 86 ans, vivant en centre d'accueil)

Avec ma pension du gouvernement, je m'en sors beaucoup mieux aujourd'hui que quand j'étais jeune. À l'époque, vous savez, je ne savais jamais combien je gagnerais d'un mois à l'autre. (Homme marié, 85 ans)

2. LA SITUATION FINANCIÈRE

La «féminisation» du quatrième âge est frappante. En 1991, il y avait 169 femmes pour 100 hommes chez les 80 à 84 ans, 209 femmes pour 100 hommes chez les 85 à 89 ans et 274 femmes pour 100 hommes chez les 90+ ans.¹⁰

La diminution des taux de mortalité est un facteur qui a largement contribué à expliquer l'augmentation du nombre de personnes très âgées, en particulier au cours des 20 dernières années. En 1986, l'espérance de vie des personnes ayant célébré leur 75^e anniversaire était de 9 ans pour les hommes et de 12 ans pour les femmes.⁹

En 1991, il y avait 3 700 centenaires au Canada. On prévoit que leur nombre dépassera 7 400 en 2011, faisant de ce groupe d'âge celui qui croît le plus au pays. En 1991, les centenaires et les personnes entre 80 et 99 ans représentaient environ 2 % de l'ensemble de la population du Canada et environ 21 % des aîné-es de 65+ ans. Entre 1975 et 1986, le taux de croissance des 80+ ans a augmenté quatre fois plus vite que celui de l'ensemble de la population, tandis que celui des 65+ ans a augmenté d'environ trois fois. D'après les projections à hypothèses moyennes de Statistique Canada pour l'an 2011, les 80+ ans constitueront plus de 4 % de la population totale du Canada, et plus de 28 % de la population des 65+ ans.⁸

D'autres études ont conclu que les personnes qui vivent plus longtemps ont tendance à avoir une personnalité forte, un quotient intellectuel plus élevé que la moyenne, une nature optimiste et le sens de l'humour. Elles s'engagent aussi dans des activités gratifiantes et elles font face aux problèmes de la vie de façon intelligente.⁷

On a constaté qu'un certain nombre de facteurs socio-démographiques favorisaient la longévité. C'est le cas des personnes dont les ancêtres ont vécu très longtemps, des premiers-nés d'une famille, des gens qui ont un niveau d'instruction supérieur ou qui appartiennent à une catégorie professionnelle choquée, de celles qui ont eu moins d'enfants que la moyenne et de celles dont le conjoint est encore là pour apporter un appui émotif et pratique.⁶

À plusieurs égards, les personnes du quatrième âge sont de véritables défricheurs. Dans toute l'histoire de l'humanité, c'est la première fois qu'une proportion aussi importante de la population, en grande majorité des femmes, atteint des âges aussi avancés.

1. UN PORTRAIT DE LA PERSONNE DU QUATRIÈME ÂGE

Après une brève description du quatrième âge, ce document abordera les questions qui contribuent de façon fondamentale à leur qualité de vie. Il s'agit notamment de la sécurité financière, du bien-être, de la santé physique et mentale, de la situation résidentielle, du transport et de la mobilité, des relations interpersonnelles et des questions éthiques. La plupart des sections seront précédées d'extraits d'entrevues avec des personnes très âgées, interrogées dans le cadre d'une consultation informelle menée par les membres du Conseil. Ils illustrent la grande diversité entre les individus.

Le transport peut être un problème particulièrement difficile au quatrième âge. Les personnes qui ont déjà conduit une voiture doivent souvent cesser de le faire à cause de leurs problèmes de santé. Pour se déplacer, plusieurs dépendent des transports publics, des taxis et de la bonne volonté de gens qui les aideront à obtenir les services utiles ou à visiter leurs ami-e-s. Plusieurs peuvent trouver le coût prohibitif étant donné leur revenu limité. La situation est encore plus compliquée dans les régions rurales où le transport public est souvent absent. En hiver, les conditions climatiques chaugéantes peuvent aussi rendre les sorties extrêmement difficiles. D'autres encore ne sortent jamais la nuit tombée parce que leur vue a baissé ou parce qu'elles ont peur.⁵

Les aîné-e-s plus âgés peuvent également se sentir de plus en plus vulnérables et dépendants des autres, que ce soit des membres de leur famille, des ami-e-s, des organisations communautaires ou des services publics. Nombre d'entre eux peuvent avoir besoin de soins importants et d'une aide spéciale pour rester dans la collectivité. D'autres auront besoin d'entrer dans un établissement de soins de longue durée.⁴

Le revenu est un problème pour un certain nombre de personnes du quatrième âge. La plupart ont quitté le marché du travail depuis au moins 15 ans. Pour assurer leur subsistance, elles doivent dépendre de leurs économies et de leurs investissements, des pensions privées, de la générosité de leur famille ou des transferts de fonds publics. Confrontées à l'augmentation du coût de la vie, celles qui vivent seules dans un logement non subventionné, surtout des femmes, s'inquiètent de leur sécurité financière future puisque le coût du logement représente une proportion substantielle de leur budget.³

LA POSITION DU CCNTA SUR
LE QUATRIÈME ÂGE AU CANADA:
MAINTENIR LA QUALITÉ DE LA VIE

INTRODUCTION

Une certaine aureole entoure les membres les plus âgés de notre société. Ce sont les «survivants», définis ici comme étant les personnes de 80 ans et plus, celles qui ont pu maintenir un degré relatif d'autonomie et de qualité de vie malgré leur âge vénérable. On s'interroge souvent sur les secrets de leur endurance, sur le succès de leur vieillissement. Les réponses varient, allant d'un régime alimentaire spécial à l'activité physique, à des exercices d'hygiène mentale et à de saines habitudes de vie. En fait, on sait peu de choses de la vie des personnes très âgées d'aujourd'hui, de leur changement et de leur devenir.^{1**}

Le manque de connaissance et de compréhension a donné lieu à de nombreuses idées fausses au sujet des personnes du quatrième âge. Les préjugés abondent à leur endroit, peut-être parce que les manifestations physiques de leur vieillissement sont souvent plus évidentes que chez les aîné-es plus jeunes. Même si on néglige souvent de mentionner les différences d'un individu à l'autre, nous savons que ce sous-groupe n'est ni homogène, ni statique. À de nombreux égards, il est plus diversifié que les groupes d'âge plus jeunes, ses membres ayant eu beaucoup plus d'années pour se distinguer et devenir ce qu'elles sont.²

Le simple fait que les aîné-es dont nous parlons ici soient tous nés avant 1913 signifie qu'ils ont vécu certaines périodes et événements de l'histoire qui les ont marqués à des degrés divers. Ils ont connu des révolutions culturelles et sociales, des époques de grande prospérité économique, de grandes épreuves, des guerres et des changements technologiques considérables. Les personnes du quatrième âge ont emmagasiné une expérience de la vie qui a donné à certaines d'entre elles une sagesse et une perspective philosophique enviable. D'autres, par ailleurs, ont été victimes de la vie ou observateurs passifs que les événements n'ont fait qu'effleurier.

Il existe des conditions qui se rencontrent plus souvent dans ce groupe. C'est là que les pertes sont ressenties de la façon la plus aiguë: la perte d'autonomie causée par des troubles physiques ou cognitifs; la perte d'amî-e-s et de parents plus âgés, dont plusieurs étaient peut-être des aidants primaires ou secondaires; et, pour plusieurs, la perte d'un environnement familial. Avec les années, les épreuves s'ajoutent et deviennent de plus en plus pénibles.

**** Toutes les références sont rassemblées à la fin du texte**

On respecte le droit des aîné-e-s âgés de vivre « à risque », on identifie les divers types d'abus faits aux aîné-e-s et qu'on développe des méthodes pour y remédier, on encourage le débat public dans le but de clarifier les normes en matière de questions éthiques et qu'on mette en place les mécanismes nécessaires pour implanter les décisions qui en découleront.

8. En ce qui a trait aux questions éthiques,

Les services communautaires appuient les époux/épouses de 80+ ans qui prennent soin de leur conjoint, on offre du counselling et de l'aide pratique aux 80+ ans qui viennent de perdre un conjoint, surtout aux veufs, les services formels reconnaissent les limites, aux plans de la disponibilité et des moyens, des enfants, des parents et des ami-e-s en tant qu'aidant-e-s informels, et que certaines personnes du quatrième âge n'ont pas de sources fiables d'aide informelle, les présomptions à propos des normes d'appui familial dans les collectivités ethniques et autochtones ne limitent pas la prestation d'une aide appropriée et sensible à la culture de ces groupes.

7. En ce qui a trait aux relations interpersonnelles,

On change la conception des routes, des intersections et des panneaux de signalisation, on améliore la sécurité des aîné-e-s âgés en entretenant correctement les trottoirs et les arrêts d'autobus, on rend plus accessibles les systèmes de transport public et adapté pour les aîné-e-s handicapés, surtout dans les petites villes et les régions rurales, on rend plus accessibles les cours de recyclage en conduite automobile aux 80+ ans et qu'on vérifie périodiquement l'acuité visuelle de ces personnes, ainsi que la vitesse de leurs réactions dans des situations complexes.

6. En ce qui a trait au transport et à la mobilité,

des groupes autochtones ou ethniques et de respecter leurs traditions. ou services, les institutions s'assurent de bien communiquer avec les résident-e-s communautaires facilitent aux personnes en institution l'accès à leurs activités si seulement l'un des conjoints doit être admis en institution, que les organismes couples de demeurer ensemble ou à proximité, lorsque cela est approprié, même en mesure de répondre aux besoins de la clientèle de desservie, on permette aux conditions du milieu, le niveau des effectifs et la formation du personnel soient soins et de services dans les institutions de longue durée, on voit à ce que les fasse une évaluation individualisée des client-e-s lorsqu'on conçoit des plans de incluant les soins palliatifs pour les aîné-e-s qui désirent mourir chez eux, on institutionnels et communautaires et accessibles par le biais d'un guichet unique, maisons, on mette sur pied des services d'aide à domicile intégrés aux services financiers appropriés aux propriétaires âgés qui veulent tirer un revenu de leur d'entretien domiciliaire, on offre le counselling

LA POSITION DU CCNTA EN BREF

La croissance du nombre d'ainé-e-s âgés (80+ ans) au sein de la population des aîné-e-s est l'un des développements socio-démographiques les plus marquants des dernières années. La présence de ces «survivants», dont la majorité sont des femmes, présente un nouveau défi à la société canadienne qui voudra s'assurer de maintenir autant que possible leur qualité de vie au cours de leurs dernières années. Toutefois, on sait peu de choses sur ces aîné-e-s et sur leurs besoins particuliers. Dans le présent énoncé de principe, le CCNTA met l'accent sur les domaines qui touchent le plus à la qualité de la vie des aîné-e-s âgés et fait des recommandations spécifiques pour chacun d'entre eux.

En bref, le CCNTA recommande que:

1. **En ce qui a trait au revenu,**
On veille à éliminer la pauvreté restante chez les personnes du quatrième âge, s'assurant que leur revenu dépasse le seuil de faible revenu.
2. **En ce qui a trait au bien-vieillir,**
On considère comme étant approprié d'inclure le quatrième âge parmi les groupes cibles pouvant bénéficier d'activités visant le bien-être et qu'on démontre, tant aux aîné-e-s eux-mêmes qu'aux professionnels de la santé et des services sociaux, l'utilité de ces activités pour les 80+ ans.
3. **En ce qui a trait à la santé physique,**
On mette sur pied des unités régionales d'évaluation et de traitement gériatriques; on surveille de près les services de santé fournis aux aîné-e-s âgés pour s'assurer qu'ils améliorent vraiment leur qualité de vie; on informe tous les professionnels de la santé des problèmes relatifs à l'usage des médicaments chez les 80+ ans et on invite les aîné-e-s âgés et leurs aidant-e-s informels à s'informer à propos des médicaments qu'ils consomment, à interroger les professionnels de la santé sur leur usage et à signaler les effets secondaires ressentis; on forme les professionnels de la santé afin qu'ils puissent évaluer et conseiller les patient-e-s sur les traitements et la gestion de l'incontinence.

4. **En ce qui a trait à la santé mentale,**

On forme les professionnels de la santé afin qu'ils puissent traiter avec les aîné-e-s âgés qui ont des problèmes de santé mentale, en particulier la dépression; on développe des ressources communautaires pour aider les familles des personnes souffrant de démence; les institutions de santé s'adaptent pour répondre aux besoins spéciaux de ces individus.

5. **En ce qui a trait à la situation résidentielle**

On construisse un grand éventail d'habitations à coût modique favorisant l'autonomie des 80+ ans; les collectivités tiennent un registre des personnes

Le CCNTA croit que:

- La société doit reconnaître les mêmes droits, devoirs et privilèges à tous, peu importe leur âge.
- Les aîné-e-s ont droit à l'autonomie tout en bénéficiant de l'interdépendance, droit de prendre leurs propres décisions, y compris de «vivre à risque».
- Les aîné-e-s doivent participer à l'élaboration des politiques et des programmes. Ceux-ci doivent tenir compte de l'hétérogénéité et de la diversité culturelle chez les aîné-e-s.
- Les aîné-e-s doivent pouvoir compter sur une protection de revenu adéquate, sur un accès universel aux soins de santé et sur la présence d'une gamme de programmes et services capables de soutenir leur autonomie, cela, dans toutes les régions du pays.

EN QUOI CONSISTE LE CONSEIL CONSULTATIF NATIONAL SUR LE TROISIÈME ÂGE?

Le Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA) a été créé par décret le 1^{er} mai 1980, afin d'assister le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social et de le conseiller sur les questions du vieillissement de la population canadienne et de la qualité de vie des personnes âgées. Le Conseil étudie les besoins et les problèmes des aîné-e-s, recommande des mesures correctives, assure la liaison avec les autres groupes intéressés au vieillissement, favorise les discussions avec le grand public, publie et diffuse de l'information sur le vieillissement. Pour mener à bien ces activités, le CCNTA travaille en étroite collaboration avec la ministre d'État pour le Troisième Âge.

Le Conseil est composé d'au plus dix-huit membres venant de toutes les parties du Canada. Les membres sont choisis en raison de leur intérêt et de leur expertise dans le domaine du vieillissement. Ils font bénéficier le Conseil de leur expérience, de leurs préoccupations et de leurs compétences.

MEMBRES DU CONSEIL CONSULTATIF NATIONAL SUR LE TROISIÈME ÂGE

(au 29 septembre 1992)

Présidente

Blossom T. Wigdor

Toronto, Ontario

Membres

Frank Appleby
Maurice Bérubé

Julia Best

Andrea Boswell

Ruth Carver

Jeanne Châtier

Evan Dickson

Donna Ford

Louise Francoeur

Barbara Grogan

Marguerite Hogue-Charlebois

John MacDonald

Wilma Mollard

Abe Okpik

Noëlla Porter

Médard Soucy

Athabasca, Alberta

Rimouski, Québec

Southern Harbour, Terre-Neuve

Scarborough, Ontario

London, Ontario

Saint-Hyacinthe, Québec

Fergus, Ontario

Williams Lake, Colombie-Britannique

Saint-Bruno, Québec

Frédéricton, Nouveau-Brunswick

Montréal, Québec

Antigonish, Nouvelle-Écosse

Saskatoon, Saskatchewan

Iqaluit, Territoires du Nord-Ouest

Sainte-Foy, Québec

Baie-Comreau, Québec

On peut obtenir des renseignements sur ce rapport auprès du

Conseil consultatif national

sur le troisième âge

Ottawa (Ontario)

K1A 0K9

Tél.: (613) 957-1968

Fax: (613) 957-9938

Blossom T. Wigdor, C.M., Ph.D.

Présidente

Susan Fletcher
Directrice exécutive

LA POSITION DU CCNTA SUR ... contient les opinions et les recommandations du Conseil touchant les besoins et les préoccupations des aîné-e-s, ainsi que les conséquences d'une population vieillissante.



© Ministre des Approvisionnement et Services Canada 1993
N° de cat.: H71-2/4-1993
ISBN: 0-662-59443-6

LA POSITION DU CCNTA
SUR LE QUATRIÈME ÂGE AU CANADA:
MAINTENIR LA QUALITÉ DE LA VIE

Cette position a été adoptée à l'unanimité par
les membres du CCNTA lors de la 34^e réunion
du Conseil, le 29 septembre 1992
Conseil consultatif national sur le troisième âge

**LA POSITION DU CCNTA
SUR
LE QUATRIÈME ÂGE AU CANADA:
MAINTENIR LA QUALITÉ DE LA VIE**

